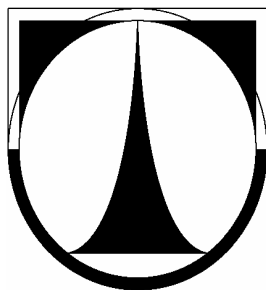


**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**

**Fakulta pedagogická**



**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Technická univerzita v Liberci

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

---

**Katedra:** historie

**Studijní program:** Učitelství pro 2. stupeň ZŠ

**Kombinace:** český jazyk - dějepis

**ZDRAVOTNICKÁ OSVĚTA PO ROCE 1918**  
**HEALTH EDUCATION AFTER THE YEAR 1918**  
**GESUNDHEITSAUFKLÄRUNG NACH DEM**  
**JAHR 1918**

**Diplomová práce:** 06-FP-KHI-175

**Autor:**

Kateřina ZIMOVÁ

**Podpis:**

**Adresa:**

Nemocniční 30

407 46 KRÁSNÁ LÍPA

**Vedoucí práce:** Prof. PhDr. Robert Kvaček, CSc.

**Počet**

stran	slov	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
138	29.328	43	10	72	40

V Liberci dne: 3. 1. 2008

## **Prohlášení**

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci dne: 3. 1. 2008

Kateřina Zimová

---

*Děkuji*

*profesoru Robertu Kvačkovi za laskavé vedení diplomové práce, trpělivost a podnětné rady, na jejichž základě tato práce vznikla;*

*doktorce Haně Mášové za ochotu a velmi cenné připomínky;*

*v neposlední řadě také mé rodině za jejich usilovnou podporu během celého studia.*

*V Liberci 3. 1. 2008*

*Kateřina Zimová*



## ANOTACE

### Zdravotnická osvěta po roce 1918

Diplomová práce se zabývá zdravotnickou osvětou v Československu po roce 1918. Mapuje vznik, historický vývoj a působnost Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy v letech 1918-1938. Práce rozděluje nejrozšířenější choroby na dvě zásadní skupiny – choroby infekční a choroby sociální. Jejich popis doplňují dobové osvětové rady, jak jednotlivým nemocem předcházet. Dále je představen zdravotní stav venkova a z toho vyplývající snaha o zkvalitnění zdravotně-sociální prevence. Diplomová práce hodnotí i důležité osvětové kroky v oblastech hygieny a výživy.

### Health education after the year 1918

The diploma thesis deals with health education after the year 1918. It maps the beginning, secular trend and activity of Ministry of Health and Physical Welfare during the years 1918-1938. The most widespread diseases are divided into two elementary groups – contagious diseases and social diseases. The description of diseases adds edifying advices how to beware of them. It introduces health state of country-side and tendency of health and social enhancement anyway. The diploma thesis assesses the most important progress of health education in the fields of hygiene and nutrition.

### Gesundheitsaufklärung nach dem Jahr 1918

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Gesundheitsaufklärung in der Tschechoslowakei nach dem Jahr 1918. Sie bietet einen Überblick über die Gründung, die Entwicklung und Macht des Ministeriums für Volksgesundheitspflege und Körpererziehung in den Jahren 1918-1938. Die Diplomarbeit unterteilt die am weitesten verbreiteten Krankheiten in zwei grundlegende Arten – Infektionskrankheiten und Sozialkrankheiten –, wobei die Krankheitsbeschreibungen die damaligen Aufklärungsberatungen um die Prävention ergänzen. Des weiteren werden der Gesundheitszustand der Landbevölkerung sowie das Streben nach einer Verbesserung der Gesundheits- und Sozialvorsorge analysiert. Die Diplomarbeit bewertet außerdem die wichtigen Aufklärungsmaßnahmen im Bereich der Hygiene und der Ernährung.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Československo 1918-1938  
Ministerstvo zdravotnictví  
Osvěta  
Autokolony  
Spolky  
Prevence  
Sociální nemoci  
Infekční nemoci  
Hygiena  
Výživa

## **KEY WORDS**

Czechoslovakia 1918-1938  
Ministry of Health  
Health education  
Motor convoy  
Institutions  
Prevention  
Social diseases  
Contagious diseases  
Hygiene  
Nutrition

## **SCHLÜSSELWÖRTER**

Tschechoslowakei 1918-1938  
Ministerium für Volksgesundheitspflege  
Aufklärung  
Autokolonne  
Vereine  
Prävention  
Sozialkrankheiten  
Infektionskrankheiten  
Hygiene  
Ernährung

# OBSAH

ÚVOD.....	03
<b>1. Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy v letech 1918-1938</b>	<b>05</b>
<b>2. Onemocnění za první republiky</b>	<b>13</b>
2.1. Autokolony	14
2.2. Prevence	17
2.3. Sociální význam nemoci	19
<b>3. Infekční choroby</b>	<b>23</b>
3.1. Právě neštovice	23
3.2. Skvrnitý tyf	26
3.3. Břišní tyf a paratyf	28
3.4. Záškrt	30
3.5. Spála	33
3.6. Spalničky	35
3.7. Chřipka	35
3.8. Cholera	37
<b>4. Sociální nemoci</b>	<b>39</b>
4.1. Tuberkulóza	39
4.2. Pohlavní choroby	42
4.3. Trachom	48
4.4. Úmrtnost kojenců	49
4.5. Úmrtnost při těhotenství	49
4.6. Zhoubné nádory	50
4.7. Křivice	52
4.8. Revmatismus	53
4.9. Dětská obrna	55
<b>5. Péče o venkov</b>	<b>57</b>
5.1. Hygiena ve venkovských oblastech	57
5.2. Zdravotně-sociální prevence na venkově	58
5.3. Boj proti infekčním nemocem na venkově	59
<b>6. Hygiena prostředí</b>	<b>69</b>

<b>7.</b>	<b>Výživa</b> .....	72
<b>8.</b>	<b>Spolky</b> .....	74
8.1.	Československý abstinentní svaz .....	74
8.2.	Československý spolek pro zkoumání a potírání zhoubných nádorů .....	77
8.3.	Zdravotní péče o mládež .....	77
8.4.	Samaritáni .....	80
ZÁVĚR .....		82
Použitá literatura a prameny .....		89
Přílohy .....		I

## ÚVOD

*„Zdraví – zdravý duch a zdravé tělo – to je nakonec cílem vší politiky a administrace.“<sup>1</sup>*

Ve své práci se chci zaměřit na zdravotnickou osvětu bojující proti nemocem, které první republiku nejvíce zmítaly. Není důvod si myslet, že toto téma je pro nás již dávno nedůležité, protože věda se neustále vyvíjí a nepochybně čerpá z poznatků a inspirací tehdejších objevů. Pozoruhodným jevem v celé historii lidstva bylo, že se zdravotnictví rozvíjelo v souvislosti s pokrokem kultury a civilizace. Postupně byl organizován neustále dokonalejší programový boj proti nemocem. Ten se vyvíjel z tzv. zdravotní policie, která formou předpisů a trestními ustanoveními kontrolovala dodržování vydaných nařízení.

Nová republika převzala zákonodárství, úroveň medicíny a zdravotní stav obyvatelstva jako dědictví rakousko-uherské monarchie. Těsně po vzniku republiky bylo nutné provést radikální změny a reformace zdravotnictví, které si žádal válkou zhoršený zdravotní stav obyvatelstva.

Prvním úspěchem mělo být zkvalitnění prostředí, ve kterém lidé žili, tj. odstranění nejhorších hygienických prohřešků, které vytvářely ideální půdu pro rozvoj nakažlivých chorob a jejich následné šíření. Později se však ukázalo, že bude lepší obyvatelstvo v těchto oblastech vzdělávat a získávat ho tak ke spolupráci se zdravotními orgány, které ho formou propagace měly vést tou správnou cestou k udržení si vlastního zdraví.

První velkou skupinou mého pozorování je osvětový boj proti infekčním nemocem, které byly v počátečních letech první republiky doménou zdravotní správy. Postupně však byly překonávány a přestávaly být největším zdravotnickým problémem obyvatel. Dokonce již nebyly ani nejdůležitějším předmětem zdravotnické práce, neboť představovaly jen malý zlomek jak nemocnosti, tak úmrtnosti. Poznáme ale, že tento fakt nebyl jednotný pro celé území Československé republiky. Jiné podmínky totiž byly v Čechách, kde byla poskytovaná zdravotnická péče na vyšší úrovni, než tomu bylo na Slovensku a zvláště pak na Podkarpatské Rusi. Tam se problém infekčních chorob vyskytoval mnohem delší dobu a v daleko větší míře, než tomu bylo v západních částech republiky. Na Slovensku a Podkarpatské Rusi tradiční zdravotnické metody nemohly stačit, bylo proto nutné hledat nové způsoby, jak účinně čelit těmto nákazám. Proto zde bylo nutné vynaložit více sil na zdokonalení zdravotnické péče.

---

<sup>1</sup> Výrok T. G. Masaryka. In: Plachetka, J.: Velká encyklopedie citátů a přísloví, Praha 1999, s. 484.

Nebudu se v této práci zabývat bojem zdravotnické osvěty proti všem nemocem, ale pouze proti těm, které byly nejčastější, měly celostátní význam a pro obyvatele byly nejnebezpečnější.

Další velkou skupinou, kterou se budu snažit podrobit mému bádání, jsou sociální nemoci. Právě v důsledku toho, že infekční choroby nebyly již dávno tím nejzávažnějším nepřítelem lidského zdraví, obrátila se pozornost na neustále se zvyšující problém sociálních onemocnění.

Avšak bylo by nesprávné tvrdit, že na ozdravení obyvatelstva v ČSR měla jediný a největší podíl pouze zdravotnická práce. Zcela jistě značným dílem přispěla i intenzivní osvětová činnost a neustále se zvyšující životní úroveň nejširších vrstev obyvatelstva, která stoupala s rostoucím blahobytem společnosti.

## **1. Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy v letech 1918-1938**

Moderní parlamentní demokratická Československá republika vznikla 28. října 1918. Byla vytvořena z pěti zemí (ze třech západních, a to z Čech, Moravy, Slezska, a dále dvěma východními, Slovenskem<sup>2</sup> a Podkarpatskou Rusí<sup>3</sup>) habsburské monarchie. Mezi západními a východními částmi zůstávaly veliké rozdíly, jak v ekonomice a legislativě, tak i v kultuře. Nesmíme však opomenout fakt, že tyto markantní rozdíly nebyly jen mezi zeměmi samotnými, ale i uvnitř každé z nich. Západní část státu byla ekonomicky vyspělejší, Slovensko a Podkarpatská Rus patřily mezi méně rozvinuté.

Zákonem Národního výboru ze dne 28. října 1918 o zřízení samostatného Československého státu bylo stanoveno, že veškeré dosavadní zemské a říšské zákony a nařízení zůstávají prozatím v platnosti. ČSR přejala tedy poměrně kvalitní, i když zastaralé zdravotnické zákonodárství (jak rakouské, tak i uherské). Uherské zákonodárství bylo uplatňováno na Slovensku a Podkarpatské Rusi. Z toho vyplývá, že ministerstvu veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy připadl úkol podrobit tato dvě zdravotnická zákonodárství postupné revizi, vynasnažit se o jejich zlepšení a hlavně směřovat k unifikaci dvojích platných předpisů.

Zákon ze dne 2. listopadu 1918, č. 2 Sb. z. a n., zřizoval nejvyšší správní úřady v Československu, mj. i úřad pro správu veřejného zdraví a tělesné výchovy. Z něho 11. listopadu 1918 vzniklo Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy (MZd). Zdravotní správu na Slovensku řídil zdravotní referát při MZd, který byl v lednu 1919 přenesen ze Žiliny do Bratislavy. Zdravotnictví na Podkarpatské Rusi bylo zřízeno zdravotním referátem v Užhorodě. Prvním ministrem zdravotnictví byl 4. listopadu 1918 jmenován slovenský politik a lékař Vavro Šrobár. V politickém systému nebylo toto ministerstvo považováno za nejdůležitější, několikrát se dokonce uvažovalo o jeho zrušení či sloučení s ministerstvem sociální péče<sup>4</sup>.

Kompetence ministerstva po vzniku republiky vycházely z rakouského zákona z roku 1870. K doplnění a aktualizaci zákona se přistoupilo v březnu 1919. Ministerstvo tak kontrolovalo výchovu a vzdělávání lékařů, dohlíželo nad výkonem praxe zdravotnických pracovníků od lékařů po nejnižší personál, kontrolovalo činnost zdravotnických zařízení, lékáren a lázeňských zařízení. Do jeho kompetence také spadal hygienický dohled, péče o

---

<sup>2</sup> Oblast dnešního Slovenska přistoupila k nově vzniklé republice na základě Martinské deklarace z 30. října 1918.

<sup>3</sup> Podkarpatská Rus se připojila k Československu na základě plebiscitu v r. 1919.

<sup>4</sup> Svobodný, P. – Hlaváčková, L.: Dějiny lékařství v českých zemích, Praha 2004, s. 161.

děti a mládež. V součinnosti s lépe dotovaným ministerstvem sociální péče mělo kontrolovat některé složky sociální péče, otázky výživy a také organizaci tělesné výchovy.

Pro organizaci své působnosti zřizovalo ministerstvo poradní orgány a vlastní vědecké ústavy. Hlavním poradním orgánem ministerstva ve věcech „*pro zdravotnictví zvláště důležitých*“ byla čtyřicetičlenná Státní zdravotní rada složená většinou z univerzitních profesorů a zástupců lékařských komor<sup>5</sup>. Úkolem rady bylo nejen podávání nejrůznějších návrhů a podnětů ke zkvalitnění a zlepšení zdravotních i zdravotnických poměrů, hodnocení a další zpracovávání statistických údajů, ale i posudková činnost ke všemu, co se týkalo tohoto rezortu. Spolu s radou existovalo přes deset dalších poradních komisí, sborů a výborů, např. proti tuberkulóze, alkoholismu, pohlavním nemocem, pro lázeňství, tělesnou výchovu, duševní hygienu či sběr léčivých rostlin. Ministerstvo tyto ústavy zřizovalo s jediným záměrem, a to ke zvýšení úrovně československého zdravotnictví ve srovnání s ostatními vyspělými státy.

V letech 1918-1919 vznikly nebo přešly pod kontrolu ministerstva tyto instituce: Státní ústav pro zkoumání léčiv, Pasteurův ústav pro výrobu očkovací látky proti vzteklině a její léčbu, Ústav pro výrobu protitetanového séra, Státní ústav pro zkoumání potravin při obou pražských lékařských fakultách<sup>6</sup>, Státní ústav pro zubní lékařství určený k výchově zubních lékařů a jejich personálu<sup>7</sup>.

Prvořadý úkol ministerstva zdravotnictví již od vzniku republiky byl boj proti infekčním chorobám a sociálním nemocem. Jejich rozšíření bylo následkem tíživých válečných a poválečných poměrů. V boji proti těmto chorobám měl nezastupitelnou roli zejména Československý červený kříž<sup>8</sup> a zřízené epidemijní autokolony na Slovensku a Podkarpatské Rusi.

---

<sup>5</sup> Tamtéž, s. 162.

<sup>6</sup> Již existoval, pouze přešel pod MZd.

<sup>7</sup> Vznikl v Praze roku 1922.

<sup>8</sup> Československý červený kříž byl založen v roce 1919. Během prvních poválečných let se věnoval za vydatné zahraniční, zvláště americké, materiální podpory především stravovacím a ošacovacím akcím a boji proti poválečným epidemiím. Po roce 1922 rozvíjel činnost i v oblasti sociálně-zdravotní, například v péči o zdravotně ohrožené děti a rodičky, repatrianty, ve výchově ošetřovatelek a ve zdravotní výchově obyvatelstva. V jeho čele stála po celou dobu první republiky PhDr. Alice Masaryková.



V roce 1925 byla zahájena činnost Státního zdravotního ústavu. Jeho vznik byl podpořen Rockefellerovou nadací<sup>9</sup>, a to částkou 26,9 milionů korun. Dalších 25,7 milionů korun dostal ústav od ministerstva zdravotnictví. Prvním ředitelem ústavu se stal profesor patologické anatomie, bakteriolog a hygienik Pavel Kučera z brněnské univerzity. Úkolem Státního zdravotního ústavu Republiky československé bylo zkoumat metody a léčebné prostředky v boji proti infekčním nemocem, účastnit se zdravotních protiepidemických akcí, pracovat na vývoji očkovacích sér a látek, studovat životní podmínky všech vrstev obyvatelstva a působit na jejich zlepšení, stejně tak i jejich výživu, provádět zdravotní výchovu, kontrolovat léčiva, vychovávat zdravotníky a lékaře. Oddělení sociální hygieny a zdravotní výchovy pražského Státního zdravotního ústavu se stalo vzorem pro vznikající sociálně-zdravotní ústavy, výkonné orgány sociálně-zdravotních spolků, jako byl Československý červený kříž (založený v roce 1919), Masarykova liga proti tuberkulóze, Okresní péče o mládež, Ochrana matek a dětí<sup>10</sup>, poradny Naším dětem apod.<sup>11</sup> Jejich provoz subvencoval stát za podpory spolků.

Tyto dobrovolné organizace a instituce pro boj proti nejrozšířenějším nemocem a pro péči o matku a dítě tvořily důležitou součást zdravotnictví. Veřejnou péči organizovanou státem doplňovaly a velice úzce s ní spolupracovaly. Podstatným rysem spolků a organizací byla účast nejenom lékařů, ale i nejširší laické veřejnosti. Hlavní důraz byl kladen především na prevenci a boj proti sociálním chorobám. Některá z těchto uskupení budovala vlastní zdravotnická zařízení (poradny, léčebny), která patřila ke špičkovým pracovištím.

Společným znakem spolků byly čtyři základní zdroje příjmů, a to členské příspěvky, dary, subvence veřejných institucí a výnosy vlastních podniků. Dále existence jak dobrovolného, tak placeného personálu. Rozdíl mezi nimi byly hlavně programového rázu. Společnou charakteristikou byl důraz na osvětu. Jednotlivé organizace vzájemně spolupracovaly.

---

<sup>9</sup> Rockefellerova nadace byla charitativní instituce založená v r. 1913 Johnem D. Rockefellerem. Byl to další krok jeho mecenášské činnosti, kterou začal již v r. 1901 zřízením „Ústavu pro lékařské bádání“ v New Yorku. Jeho úkolem byla badatelská činnost v potírání nemocí. Celková práce Rockefellerovy nadace byla řízena ústředím, které sídlilo v New Yorku. Programem Rockefellerovy nadace bylo bádání v oboru veřejného zdravotnictví, lékařské vědy, věd přírodních, sociálních a humanitních. Nadace sama nezasahovala přímo, nýbrž pomáhala a přispívala různým organizacím, institucím i jednotlivcům, které jí dávaly záruku, že splní vytčený cíl.

<sup>10</sup> Ochrana matek a dětí vydala knihu o výchově k mateřství „Na prahu života“, kterou rozdávala dívkám, které právě ukončily školu.

<sup>11</sup> Říhová, M. a kol.: Kapitoly z dějin lékařství, Praha 2005, s. 107.

Závažná byla otázka nemocnic. Po první světové válce jich bylo v Čechách 96, na Moravě 27, ve Slezsku 8, na Slovensku 28, na Podkarpatské Rusi 4. Zásahu na jejich dalším rozvoji měla vedle vynikajících lékařů hlavně a především obětavost samospráv, které je budovaly vlastní silou a bez pomoci státu. Vedle všeobecných a veřejných nemocnic existovalo dvojnásobné množství dalších lůžkových léčeben různých typů, zpravidla menších; soukromá sanatoria, ústavy se specializovanou léčbou, neveřejné nemocnice od řádových přes podnikové až po některé obecní bez práva veřejnosti. Funkci dnešních lůžkových zařízení pro dlouhodobě nemocné plnily ve všech okresech chudobince a chorobince, což byly ústavy pro chronicky nemocné pacienty, protože ti, narozdíl od nemocných „nemocemi zhojitelnými“, nesměli být do veřejných nemocnic přijímáni<sup>12</sup>. Veřejná a všeobecná nemocnice byla povinna přijímat každého bez ohledu na původ, vyznání, stav, příslušnost, majetnost či druh onemocnění. Výjimkou ovšem byly chronické nemoci. Veřejné nemocnice byly většinou všeobecné, tedy určené pro všechny nemoci. Nemocnice zaměřené jen na některé nemoci či úrazy právo veřejnosti neměly, kromě specializovaných ústavů pro dušení a nervové choroby a některé porodnice. Mezi všeobecné veřejné nemocnice patřily také státní nemocnice. Po roce 1920 ministerstvo zdravotnictví přímo spravovalo 8 státních nemocnic, v Bratislavě, v Košicích, v Žilině, v Chustu, na Královských Vinohradech v Praze, ve Slezské Ostravě, v Zábřehu nad Odrou, v Lučenci a Mukačevu. Mezi nemocnicemi však převažovaly soukromé, ty byly zaměřeny na specializovanou léčbu – sanatoria, ozdravovny, útulky pro rodičky atd. Velmi důležité byly zejména tuberkulózní léčebny v Pleši, Šumperku, Jevíčku a dalších místech. K nejstarším soukromým nemocnicím patřily nemocnice řádové, nejznámější byla Nemocnice milosrdných bratří v Praze Na Františku. Na Moravě a Slezsku a zejména na Slovensku a v Podkarpatské Rusi byl nemocnic nedostatek. Vedle ústavů sociální péče akutně chyběl státní ústav pro chronické choroby. Velice potřebným byl i ústav pro idioty a imbecily. Dále bylo nutné vybudovat v nemocnicích porodnická oddělení. Byla zavedena pravidelná ordinace pro ambulantní pacienty. Ambulantní léčba měla ještě jeden důležitý cíl, a to navázat kontakt s obyvatelstvem, které nemocnicím nedůvěřovalo a zanedbávalo tak léčbu v samém počátku. Snaha o budování sítě nemocnic zesílila ve 30. letech, což úzce souviselo s reorganizací územně-správního uspořádání a vytvořením okresů v celé ČSR. To se týkalo i zřizování ambulancí. V době hospodářské krize, roku 1932, byla zahájena rozsáhlá a ministerstvem zdravotnictví a tělesné výchovy řízená akce. Ta se týkala

---

<sup>12</sup> Mášová, H.: Nemocniční otázka v meziválečném Československu, Praha 2005, s. 65.

povinného dočasného instalování ambulancí pro nezaměstnané při veřejných nemocnicích v každém okrese. Plnění zajišťovaly okresní úřady.

Obec hradila v případě potřeby oděv, přístroje, brýle, protézy apod. Od roku 1928 byly obce povinny přispívat částkou 20% na ošetrovací výlohy ve veřejných nemocnicích. Na Slovensku a Podkarpatské Rusi hradily léčebné výdaje župy a stát. To souviselo s hospodářskou úrovní těchto zemí v rámci republiky.

Po zabrání části československého území v r. 1938 přišel stát skoro o 40% nemocnic.

Složitě bylo finanční zajištění obecních a obvodních lékařů. Jejich postavení se nezlepšilo ani vydáním zákona o zestátnění zdravotní policie z roku 1920, resp. 1922. Do té doby byli lékaři zaměstnáváni a placeni obcemi, po vydání zákona přešli do služeb státu. Bohužel s důkladněji specifikovanými povinnostmi jim byly uděleny malé pravomoci a nízký plat. Nové služební instrukce, které vyšly roku 1925, stanovily lékařům povinnost vykonávat odborný dozor nad hygienickými poměry svých obcí nebo obvodů, měli zdarma léčit chudé, poskytovat první pomoc, očkovat a v oblasti zdravotně-sociální a humanitní měli spolupracovat s poradnami pro matky a kojence a ústavy sociální péče, provádět zdravotní výchovu a vést zdravotní statistiky. Některé z jejich preventivních úkolů ale postupně přebíraly poradny zakládané dobrovolnými spolky, protiepidemická práce ustupovala do pozadí s ubýváním infekcí a těžiště práce úředních lékařů se přesouvalo do léčebné péče hrazené pojišťovnami. Závodní lékaři vykonávali zdravotní prohlídky, dohlíželi na zdravotnickou činnost v podniku a starali se o výcvik samaritánů<sup>13</sup> a o vhodné vybavení ambulancí a příručních lékárníček. Do jejich činností spadala ochrana proti epidemiím v závodě, boj proti tuberkulóze, pohlavním chorobám, prostituci, alkoholismu a užívání narkotik mezi zaměstnanci. Funkce závodních lékařů byla tedy spíše osvětová a preventivní, ambulance měly funkci lékárníček a stanic první pomoci. Léčba tak byla záležitostí spíše městských nemocnic nebo lékařů pojišťovny, přestože ambulantní lékař zvládal velkou většinu i středně těžkých poranění.

Zvyšování úrovně ošetrovatelského personálu mělo velký význam pro zkvalitnění léčebné péče, která se stávala vzhledem k pokrokům lékařských věd stále složitější a náročnější.

---

<sup>13</sup> Samaritství – dobrovolně převzatá povinnost pomoci svému bližnímu v případě úrazu nebo náhlého onemocnění. Vlastní léčení nemocného však nebylo podmínkou samaritství, to příslušelo pouze lékařům, samaritánům bylo zakázáno.

Zde bychom neměli zapomenout ani na systém nemocenského a úrazového pojištění. Jeho principy navazovaly na tradici rakouského sociálního zákonodárství, které patřilo k tehdejším evropským špičkám. Pojištění zaručovalo svým pojištěncům při každém onemocnění po dobu půl roku nejen bezplatnou lékařskou péči, ale i léky a nemocenskou podporu. Od roku 1917 rozšířily nemocenské pokladny pojištění i na rodinné příslušníky. Povinné nemocenské pojištění přineslo prospěch jak nemocným, tak i zčásti lékařům, kterým smlouvy s pokladnami přinesly určitou existenční jistotu. Úrazové a nemocenské pojištění za první republiky bylo součástí širšího systému sociálního pojištění, které spadalo do rezortu ministerstva sociální péče. Od roku 1919 zahrnovalo povinné nemocenské pojištění další kategorie pojištěnců. Jednak to byly všechny osoby pracující za mzdu, nově tak dosáhli na pojištění například zemědělství dělníci, ale patřili sem i rodinní příslušníci všech pojištěnců. Zákon z roku 1924 prodloužil nárok na bezplatné ošetření i nemocenské dávky z šesti měsíců na celý rok a také upravil podmínky úhrady pojistného. Výše pojistného, o jehož placení se dělil stejně jako dnes zaměstnanec se zaměstnavatelem, se pohybovala mezi 5 až 6% mzdy a byla rozdělena do deseti tříd. Pojištěnci a jejich rodinní příslušníci měli nárok na bezplatné ambulantní i nemocniční ošetření, léky a na nemocenské dávky ve výši přibližně 60% průměrné mzdy<sup>14</sup>. Tento zákon také zrušil označení nemocenská pokladna a zavedl nové označení nemocenská pojišťovna. Zákon z roku 1925 zavedl nemocenské pojištění i pro státní zaměstnance. Co se týče osob samostatně výdělečně činných, tak ty se mohly pro případ nemoci dobrovolně pojistit u okresních, respektive zemědělských pojišťoven, případně u soukromých pojišťoven.

Ambulantní péče se vykonávala v ordinacích lékařů. Vedle ambulancí v lůžkových zařízeních se začínal objevovat i nový prvek preventivní péče, a to specializované poradny. V době hospodářské krize zřídilo ministerstvo zdravotnictví a tělesné výchovy ve veřejných nemocnicích akci povinného otevírání ambulancí pro nezaměstnané a jejich rodiny.

Důležitým bodem je i lázeňství – lázně byly majetkem měst, obcí, řádů i jednotlivců. Jen několik menších lázní patřilo státu – v Čechách to byl například Jáchymov. Odborný dozor nad všemi lázněmi vykonávalo ministerstvo zdravotnictví. Byla zde snaha zřídit státní balneologický ústav, který měl centrálně řídit vědecký výzkum minerálních vod, léčebných metod a účinků lázeňské léčby, specializovanou výchovu lázeňských lékařů i pomocného zdravotnického personálu a v neposlední řadě i propagaci lázní atd.

---

<sup>14</sup> Svobodný, P. – Hlaváčková, L.: Dějiny lékařství v českých zemích, Praha 2004, s. 164.

Právní normy upravující činnost lékáren za první republiky se nepodařilo za doby jejího trvání zcela sjednotit. Stále platily zákony z monarchie, podle nichž se lékárny dělily na veřejné, ústavní, domácí-lékařské a klášterní. Většina lékáren byla veřejná. V roce 1918 se začalo pracovat na jednotném Československém lékopise, tedy normě, kterou se v jednotlivých zemích řídila výroba, kontrola, dávkování, označování, výdej a uchovávání léků. Podařilo se ho však dokončit až v roce 1937. Česká lékárnická společnost byla založena v roce 1899, v roce 1920 byla přeměněna na Československou lékárnickou společnost a její ústřední orgán Časopis českého lékárnictví byl v tom samém roce přejmenován na Časopis československého lékárnictva. Úroveň československého lékárnictví byla ve srovnání se světem na velmi vysoké úrovni. Ve dvacátých letech vznikla ve farmaceuticko-lékařském prostředí řada nových výrobních závodů i menších výroben. Velká část jich pak ale hned koncem dvacátých let zase zanikla. V Praze např. přetrvaly podniky jako Remed, Pragochemia, Eko, v Ústí nad Labem Norgine či Mariatherm v Mariánských Lázních. Dobře si vedla i Interpharma vybudovaná v roce 1931 v Modřanech<sup>15</sup>. Vedle těchto domácích podniků své pobočné závody zřizovaly i zahraniční firmy, které samozřejmě představovaly pro tehdejší farmaceutický průmysl velkou konkurenci. Velkou nevýhodou pro místní farmaceutické podniky byla malá domácí surovinová základna, která byla závislá na dovozu. Pronikání farmaceutických výrobků do zahraničí bylo obtížné, ale určitých úspěchů bylo přeci jen dosaženo. V polovině dvacátých let bylo oddělení Lučebních závodů v Kolíně pověřeno, aby se ujalo výroby radia. Produkt pak pronikl takřka do všech středoevropských radiologických ústavů. Velmi zásadní událostí bylo v roce 1932 spojení vědeckého a technického výzkumu dvou farmaceutických firem B. Fragner a Interpharma. Zde se pak začaly vyrábět nové československé vitaminové přípravky.

Pro rozvoj vědecké práce měly v tomto období velký význam jak nově vznikající odborné lékařské společnosti, převážně české, tak i odborné časopisy, které zaznamenaly v samostatném státě nebyvalý rozmach. Takže v tomto tvůrčím období vznikla Purkyňova společnost pro bádání o duši a nervstvu, Společnost chirurgicko-gynekologická, společnosti ortopedická, kardiologická, pediatriká, oftalmologická, rentgenologická, mikrobiologická, biologická, Vědecký spolek proti tuberkulóze, Spolek československých lékařů v Brně aj. Tyto společnosti sdružovaly odborníky jednotlivých oborů, pořádaly pravidelné schůze s vědeckými přednáškami a diskuzemi. Co se týče odborných časopisů, pokračovalo

---

<sup>15</sup> Tamtéž, s. 175.

vydávání *Časopisu lékařů českých*, *Věstníku českých lékařů*, *Sborníku lékařského*. Během dvacetileté existence republiky se jejich počet rozrostl o téměř 60 titulů. Jako zástupce této skupiny bychom mohli jmenovat například dodnes vydávaný časopis *Praktický lékař*.

Hlavním problémem zdravotnictví v prvorepublikovém Československu byla, vedle nedořešeného vztahu preventivní péče v rukách dobrovolných spolků a na terapii či léčebnou medicínu orientovaného odborného lékařství, hlavně nerovnoměrnost vývoje ve východních a západních částech republiky, kterou se nepodařilo přes intenzivní snahy překonat. Vysoká úroveň československé medicíny neměla odpovídající odraz ve zdravotním stavu populace. Ke zlomu v boji s infekčními nemocemi došlo v ČSR oproti vyspělým zemím se zpožděním až v roce 1934.

Pokud bychom měli shrnout kvalitu zdravotnické péče, byla nepopiratelná. Její kvalita spočívala hlavně v diagnostice a v terapii. Pokulhávala ale v prevenci. Což bylo zásadním nedostatkem zdravotnictví. Myšlenka prevence měla zastánce i u některých úředníků a poradců na ministerstvu zdravotnictví, ale náběhy na reformu v tomto směru ztroskotaly. Svou roli hrála samozřejmě politická a ekonomická situace, za níž byly tyto myšlenky neuskutečnitelné. Poradenství, které se vždy týkalo tzv. sociálních nemocí, zůstalo v rukou soukromých subjektů, učitelů a nadšených lékařů, státem více či méně nedostatečně podporovaných.

Peníze se ve státním rozpočtu pro ministerstvo zdravotnictví nikdy nenašly v dostatečné míře. Ministerstvu byla vyčítána bezkonceptnost a váhavost. Ministerstvo zdravotnictví mělo roční rozpočet 160-170 milionů korun a bylo odkázané na rozhodnutí ministerstva financí. V celém státě nebyla vůle ke sladění činnosti ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy s ministerstvem sociální péče. Proto se obě ministerstva rozvíjela značně nerovnoměrně. Přitom jejich prvořadým cílem byla péče o zdraví člověka. Koordinace bylo dosaženo až roce 1938. Vládním nařízením ze 4. listopadu 1938, č. 266 Sb. z. a n., bylo ministerstvo zdravotnictví zrušeno a jeho kompetence převedeny společně s působností ministerstva sociální péče na nově vzniklé Ministerstvo sociální a zdravotní správy.

## 2. Onemocnění za první republiky

*„Je lepší předejít deseti nemocem, než jednu vyléčit“.*<sup>16</sup> Toto heslo zastávaly tehdejší zdravotnické orgány. Bylo totiž hospodářsky mnohem úspornější investovat peníze na ochranu zdraví, než je vynakládat jen na nemoc.

Státní obvodní a obecní lékaři zastávali vedle funkce terapeuta i rádce a vychovatele lidu a byl v neposlední řadě spojovacím článkem v osvětové činnosti. Prakticky nejdůležitější funkcí obvodních lékařů tedy byla iniciativní a aktivní účast na zlepšení hygienické nezávadnosti prostředí, v němž se lidé rodili, žili a pracovali, a to tak aby jejich zdraví nebylo ohrožováno vnějšími vlivy, které plynuly ze špatného prostředí.

Zdravotnictví v ČSR se od počátku mohlo opírat i o kvalitní lékařskou vědu pěstovanou na fakultách v Praze, v Brně a Bratislavě. A navíc se republika více otevřela světu – vedle orientace na německy hovořící země navázala nové intenzivní styky s USA, Francií aj. Začala se prosazovat teorie, podle které by měli mít občané možnost aktivněji se podílet na péči o své zdraví, než tomu tak bylo v systému sledujícím zdravotní politiku cestou příkazů a restrikcí. Možností však mnoho nebylo, víceméně se hovořilo jen o zdravotnické osvětě.

Zdraví obyvatel Československé republiky bylo stejně jako v minulosti ohrožováno nejenom v závislosti na jeho somatickém typu a obecných trendech šíření nemoci, ale bylo ovlivňováno i jeho sociálním a ekonomickým zařazením a místem pobytu (rozdílné podmínky měli obyvatelé měst a venkova a v důsledku historického vývoje také obyvatelé českých zemí a východních částí republiky).

Preventivní orientace počala pronikat veškerým lékařstvím jako pozitivní reakce na terapeutický nihilismus. Preventivní lékařství se zvláště obrátilo proti akutním chorobám infekčním a pozvolna si začalo všímat chronických infekčních chorob. Jejich důležitost zvláště vystoupila, jakmile individualizované lékařství přecházelo v organizované formy. To souviselo s rozvojem veřejného zdravotnictví vycházejícího z Anglie a rozvojem sociálního pojištění vycházejícího z Německa. Preventivní lékařství se tak stýkalo nejen s vlivy tkvícími v organizaci lidské společnosti, které působily na vznik chorob, a bylo nuceno používat organizační opatření k tomu, aby tyto škodlivé vlivy byly paralyzovány. Takovým způsobem se vytvořila sociální orientace lékařství preventivního směru.

Úspěšným způsobem podpory sociálně slabých bylo rozšiřování různých forem sociálního pojištění, starobního, invalidního a zejména pak systému povinného

---

<sup>16</sup> NA Praha, fond MZd, karton č. 607

nemocenského pojištění, který nejenže zajišťoval zdravotní péči stále širším vrstvám obyvatelstva, měnil také postavení lékařů. V této praxi měly české země slušnou tradici už z konce 19. století.

V žádném případě bychom z úspěchu boje proti nemocem neměli opomenout fakt neustálého růstu diagnostických a terapeutických možností lékařů vyplývajících z rostoucí úrovně jejich vzdělání a z pokroků medicíny jako vědy.

Následky světové války byly značné a odrážely se i ve věcech veřejného zdravotnictví. Poválečné československé zdravotnictví bylo zatíženo péčí o 250 000 válečných invalidů, 640 000 válečných vdov a sirotků a živelným šířením pohlavních onemocnění. Dále zvýšeným výskytem infekčních nemocí, které snadněji než dříve napadaly válečným strádáním oslabené obyvatelstvo. Nejkrizovějším projevem dramaticky zvýšené nemocnosti a následně úmrtnosti na přelomu války a mírového období se stala pověstná pandemie tzv. španělské chřipky v letech 1918-1920. Podkarpatská Rus na tom byla se zdravotnictvím ještě hůře než Slovensko. Tradiční bída periferie byla vystupňována faktem, že se přes téměř celé území Podkarpatské Rusi přehnala vojenská fronta první světové války. Obyvatelstvo trpělo pod nápory neštovic, antraxu, skvrnitého a břišního tyfu, dysenterie, tuberkulózy, pohlavních nemocí. Zcela běžné byly i zanedbané operativní případy. Prvořadým úkolem epidemické nemocnice v Chustu bylo zastavit infekce. Během prvních tří let se podařilo zvládnout problém neštovic a skvrnitého tyfu. Kvůli velice špatným sociálním podmínkám ale hrozilo další nebezpečí vzplanutí nákaz. Také kojenecká úmrtnost byla alarmující. Alkoholismus, nedostatečná hygiena a špatná výživa stály za celou řadou sociálních chorob a degeneračních jevů.

## **2.1. Autokolony**

Epidemické nemoci si vyžádaly zvláštní opatření. Tak vznikl zákon o povinném očkování. Byla vybudována řada isolačních místností při nemocnicích, pohotovost barákových nemocnic, sanitní vlak a sanitní autokolona, která fungovala velmi úspěšně zejména na Slovensku a Podkarpatské Rusi. Toto zvláštní opatření, týkající se rychlého a účinného boje proti přenosným nemocem, pořídila státní zdravotní služba v roce 1921<sup>17</sup>. Jednalo se o I. užhorodskou autokolonu, která měla čtyři automobily určené k potírání epidemie. Ke konci roku 1923 byly pořízeny další dvě kolony stejného druhu, a to II. brněnská a III. bratislavská. A konečně IV. pražská autokolona, která byla zřízena až v roce

---

<sup>17</sup> *Zdravotnická ročenka československá 4/1931* uvádí, že vznik první autokolony spadá již do roku 1920. Římské číslice označují pořadí, v jakém autokolony postupně vznikaly.



1931<sup>18</sup> a měla v provozu prozatím jen tři z původně plánovaných šesti automobilů. Jeden automobil se skládal z kotle a dezinfektoru, druhý byl upraven jako koupelna a kromě toho byl používán k převážení nemocných. První jednotka pracovala na Podkarpatské Rusi a na východním Slovensku. Ostatní jednotky byly umístěny v Brně a v Bratislavě, ale byly schopny rozšířit svoji činnost i na Moravu a Čechy. Státní epidemická služba používala těchto služeb, kdykoli se jednalo o potírání tyfu a neštovic a kdykoli místní orgány epidemické služby nebyly schopny zahájit potřebná zdravotnická opatření. Díky těmto jednotkám bylo možno potlačit v relativně krátkém čase vypuknutí epidemie břišního tyfu v Handlové (Slovensko) a ve Zlíně. V Handlové, kde náhle vypuklo 383 případů, zřídily tyto jednotky epidemickou nemocnici, kterou samy spravovaly. Ve zlínském okrese bylo za společné pomoci do veřejných nemocnic převezeno 147 nemocných pocházejících z 51 míst. Ve Slezsku stát vydržoval zdravotní stanici, která vykonávala odhmyzování a dezinfekci. Službu tam vykonával lékař.

V roce 1925 byly vynaloženy na běžné výdaje při potírání prudce nakažlivých nemocí tyto částky<sup>19</sup>:

Na provoz I. epidemické autokolony .....	180.000,--
Na provoz II. epidemické autokolony .....	120.000,--
Na provoz III. epidemické autokolony .....	120.000,--
Na provoz infekční nemocnice v Chustu .....	170.000,--
V Praze .....	240.000,--
Na Moravě .....	110.000,--
V Bratislavě .....	200.000,--
V Podkarpatské Rusi .....	95.000,--

Autokolony podléhaly přímo Ministerstvu veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy. MZd upozorňovalo na stále se zvyšující kontakt obyvatelstva. Lidé chodili do práce, za zábavou či poučením, což podstatně přispívalo k šíření prudce nakažlivých nemocí. Státní zdravotní správa na toto musela reagovat. Zdravotní prohlídková stanice v Bohumíně byla jediným celostátním zařízením k ochraně hranic před zavlečením nákaz z ciziny, především z Polska a Ruska. Podezřelé osoby byly v této stanici dezinfikovány a podrobovány lékařské prohlídce.

První epidemická autokolona o 4 automobilech, se sídlem v Užhorodě, vykonávala zdravotní opatření při prudce nakažlivých nemocech ve východním Slovensku a na

<sup>18</sup> Zdravotnická ročenka československá 4/1931, s. 52.

<sup>19</sup> NA Praha, fond MZd, karton č. 464

Podkarpatské Rusi; její personál se skládal z řidičů, kteří byli zároveň dezinfektory, dvou dezinfektorů, kteří přesídlili do postižených obcí a tam vyhledávali po domech podezřelé nemocné a v neposlední řadě z jedné dezinfektorky-ošetřovatelky. První autokolona dosáhla obrovského úspěchu hned v prvním roce své činnosti, kdy se jí podařilo potlačit rozsáhlou epidemií neštovic na Slovensku v župě trenčínské, nitranské a spišské a na Podkarpatské Rusi epidemií neštovic a skvrnivky v župě zemplinské, marmarošské a užhorodské.

Druhá autokolona o dvou<sup>20</sup> automobilech, sídlící v Brně, prováděla zdravotní opatření na Moravě především v těch případech, kdy je postižené obce nebyly schopny správně a hlavně včas provést. Autokoloně byli přiděleni dva řidiči, kteří byli zároveň i zkušenými dezinfektory.

Třetí autokolona o dvou automobilech, se stanovištěm v Bratislavě, byla určena pro západní Slovensko.

Při rozsáhlých epidemiích si autokolony navzájem pomáhaly jak svým personálem, tak i svými vozidly (tak tomu bylo např. u tyfové epidemie v Handlové, Zlíně, Boskovicích atd.). Od počátku svého působení do roku 1928 provedly autokolony zdravotní opatření v 1.594 obcích při 8.847 infekčních nemocných ze 7.002 domů. Do nemocnice převezly 5.359 infekčních nemocných, dezinfekci provedly v 6.627 obydlích. Proti neštovicím, břišnímu tyfu a úplavici očkovaly celkem 37.272 osob<sup>21</sup>.

V pozdější době už rozsáhlé epidemie v ČSR byly velkou vzácností a endemie, jaké tvořil hlavně skvrnitý tyf na Podkarpatské Rusi, byly úplně potlačeny. Avšak onemocnění břišním tyfem a paratyfem patřilo ještě v první polovině třicátých let k nejvážnějším problémům. Jako u ostatních infekčních nemocí jich přibývalo od západu k východu. Z dětských nemocí se nepodařilo vymýtit spalničky a černý kašel, které po omezení záškrtu a spály nabyly na relativní váze mezi příčinami dětské úmrtnosti. Těžkým problémem byla také stále tuberkulóza. Ta měla od r. 1922, stejně jako v jiných státech, stále stoupající tendenci úmrtnosti i nemocnosti. V prvních letech samostatnosti jí bylo v celé republice zasaženo cca na 400-480 tisíc osob.

Pro názornost uvádím porovnání let 1923 a 1926:

r. 1923 činila úmrtnost	26.226
r. 1926	27.492

---

<sup>20</sup> Zdravotnická ročenka československá 4/1931 prezentuje, že II. brněnská autokolona měla tři vozy (2 transportní a 1 dezinfekční).

<sup>21</sup> Zdravotnická ročenka československá 4/1931, s. 53.

## 2.2. Prevence

Otázka prevence byla tedy stále ještě nejaktuálnější. Její provádění vedlo ke zřízení protituberkulózních dispenzářů, jichž bylo celkem v ČSR 221. Boj byl koncentrován v rukou speciální organizace zvané Masarykova liga proti tuberkulóze<sup>22</sup>. Tuberkulóza se léčila zejména ve veřejných nemocnicích a v účelně zařízených sanatoriích, jichž bylo celkem 38. Stejnému účelu sloužilo 34 zvláštních oddělení ve všeobecných nemocnicích. Z následujícího příkladu jasně vyplývá, že úmrtnost na TBC byla značně vysoká<sup>23</sup>:

*Všeobecná úmrtnost ve Velké Praze:*

r. 1921 – 12,3 : 1000 obyvatel

r. 1927 – 11,7 : 1000 obyvatel

*Kojenecká úmrtnost ve Velké Praze:*

r. 1921 – 140 z 1000 živých zrozených

r. 1927 – 96 z 1000 živých zrozených

*Úmrtnost TBC ve Velké Praze:*

r. 1921 – 208 : 100.000 obyvatel

r. 1927 – 170 : 100.000 obyvatel

Boj s tuberkulózou patřil k úspěchům československého zdravotnictví. Pomocí očkování, rozvoje poradenské i ústavní péče, zejména sanatorií, určitého zlepšení sociálních a hygienických podmínek i důslednou osvětou se dosáhlo do roku 1937 poklesu úmrtnosti o zhruba 50% proti roku 1920.

Rovněž obrovský nárůst výskytu pohlavních nemocí, který úzce souvisel se skončenou válkou, se podařilo během prvních mírových let omezit na úroveň před rokem 1914. Počátkem třicátých let, v době hospodářské krize, došlo k novému vzestupu. Vedle rozvoje diagnostických a léčebných metod svou úlohu v boji s pohlavními nemocemi hrála i profylaxe<sup>24</sup>, osvěta a opatření proti prostituci, zejména zákon o potírání pohlavních chorob z roku 1922. K velkým zdravotně-sociálním problémům první republiky patřil také alkoholismus; boj proti němu byl v kompetenci státu i dobrovolného abstinenčního hnutí.

Na zlepšování hygienických poměrů a úrovně zdravotní péče nejcitlivěji reagovaly ukazatele kojenecké úmrtnosti, která poklesla do konce dvacátých let přibližně o čtvrtinu.

---

<sup>22</sup> Masarykova liga proti tuberkulóze byla založena roku 1919 a kladla hlavní důraz na prevenci. Byla jednou z těch dobrovolných organizací, které byly zaměřeny na boj s konkrétní chorobou (v tomto případě na boj proti TBC).

<sup>23</sup> NA Praha, fond MZd, karton č. 159

<sup>24</sup> Profylaxe – ochrana před určitou nemocí díky imunizaci.

Rozdíl mezi českými zeměmi a východem republiky v nemocnosti a úmrtnosti se projevoval nejen u tradičních nemocí, ale také v rostoucím výskytu tzv. civilizačních nemocí jako kardiovaskulární, onkologické a diabetes. Některé předstihly tradiční onemocnění ve statistice příčin smrti v Československu již v polovině třicátých let. Počet úmrtí na nádorová onemocnění v rámci celé republiky jen mezi roky 1919 a 1935 vzrostl o 80%. Část tohoto nárůstu byla díky zlepšení diagnostiky. Zejména v českých zemích rostl počet onemocnění srdce a krevního oběhu a jimi způsobených úmrtí. Od počátku třicátých let stoupl i výskyt cukrovky. Pro léčbu této nemoci byla počátkem dvacátých let nalezena účinná zbraň – inzulín. Ten u nás prosazoval zakladatel české endokrinologie Josef Charvát.

Hned v prvním roce 20. století byl ustanoven Klub přátel veřejného zdravotnictví, aby propagoval hygienu hlavně na venkově. O něco později, v polovině 20. století, byla ochrana zdraví občanů považována za jednu z nejdůležitějších funkcí moderního státu.

Pokud někdo onemocněl například prudkým zánětem plic, pociťoval bolestné bodání v hrudníku, trpěl vysokými horečkami, malátností, ztrácel zájem o okolí a byl nucen ulehnout a zavolat lékaře. Po čtrnácti dnech se tyto příznaky upravily, nemocný už netrpěl takovými horečkami a přestával si stěžovat na bolesti – nakonec se uzdravil. Ve většině případů nezanechala nemoc trvalé následky. Jinak tomu však bylo u tzv. sociálních chorob. To byla onemocnění trvajících obvykle mnohem déle, přicházela pozvolna a nezpůsobovala nemocnému žádné pracovní omezení. Typickou sociální chorobou byla tuberkulóza, která postihovala široké vrstvy obyvatelstva, projevovala se zpočátku neurčitými příznaky jako byla nechut' k jídlu, malátnost, ospalost, skleslost, ztráta na váze a celkové oslabení. V této fázi onemocnění se málokdo odhodlal navštívit lékaře. To bylo velkou chybou, neboť teprve později se dostavilo pokašlávání a lehce zvýšená teplota. V plicích se začaly tvořit malé uzlíky, které se o něco později začaly shlukovat a tvořit větší ložiska, jejichž střední část se pak snadno rozpadala. V tomto bodě se pak tvořil hnis, který nemocný postupně vykašlával. Takže nebylo výjimkou, že k lékaři přišli mnohokrát nemocní s velmi těžkými příznaky tuberkulózy, takže nebyla velká naděje na úplné vyléčení. Pokud tyto choroby nebyly včas poznány a léčeny, omezovaly výdělečnou schopnost člověka a tím samozřejmě zhoršovaly jeho sociální situaci. Jejich hromadný vznik byl často podmíněn hospodářskými otřesy, proto byly nazývány sociálními chorobami. Rozmohly se již za světové války a v následujících poválečných letech, kdy byly vyživovací poměry, bytová otázka, zaměstnanost a možnost výdělku značně neuspokojivé (sociální nemoci tedy definovalo masové rozšíření a výskyt především mezi dělnictvem a v chudých vrstvách obyvatelstva,

podmíněnost špatným sociálním prostředím. V potaz musíme brát i „volnou morálku“ některých pacientů).

Ve 30. letech k nim byly počítány tuberkulóza, alkoholismus a pohlavní choroby, které úzce souvisely s prostitucí. Řadí se sem i kojenecké a dětské choroby, stejně tak i choroby matek, vady duševní a nervové, choroby zubní, revmatismus, rakovina, diabetes či trachom. Po Rusku byl hlášen největší počet trachomu právě z Československa, kde bylo roku 1924 celkem 2782 případů, v prvním čtvrtletí roku 1925 651 případů a ve druhém čtvrtletí 1101 případů. Praxe veřejného zdravotnictví se však omezovala na první tři, tedy TBC, alkoholovou závislost a venerické choroby.

V polovině 30. let došlo k prudkému nárůstu mortality v důsledku srdečně cévních chorob. Došlo ke změnám v charakteru a rozšíření jednotlivých druhů nemocí, tzv. epidemiologický posun od infekčních k civilizačním chorobám<sup>25</sup>, ačkoliv tuberkulóza a venerické nemoci patřily i přes klesající výskyt i nadále k nejzávažnějším hrozbám. Kardiovaskulární nemoci (vyskytovaly se více u mužů) byly hlavní příčinou smrti ještě před druhou světovou válkou. Nádory se staly druhým nejvíc frekventovaným důvodem úmrtí (především u žen). Stejně tak i onemocnění nervového systému (včetně mrtvice) se stalo vážným problémem. Důležitá byla prevence mezi sociálně slabými. Proto se začala zavádět kardiologická péče i pro chudé. Příčinou změn bylo zlepšování sociálních a hygienických podmínek spolu s rozvojem zdravotní péče a zaváděním nových léčebných metod a prostředků. Státní akce proti srdečním chorobám a revmatismu byla zahájena na podzim 1937, a to okamžitým zaváděním kardiocenter. Toto zřizování, stejně tak i zprávy o jejich činnosti, bylo povinné. Mezi úkoly těchto oddělení patřila hlavně depistáž, což je vyhledávání pacientů, u nichž se začala choroba projevovat, a systematická kontrola jejich rodin.

Prodlužovala se i délka života obyvatelstva, což mimo jiné vedlo k zvratu v poměru mezi úmrtností na klasické a civilizační nemoci, jejichž výskyt rostl s věkem.

### **2.3. Sociální význam nemoci**

Průměrně trvala nemoc u jedné osoby cca 20 dní, což při tehdejší denní mzdě 20 Kč znamenalo o 400 Kč méně z výdělku. Ztráta se dále zvětšovala o 200 Kč, počítáme-li 10 Kč denního nákladu na léčení a ošetření. Již pro takovéto vysoké výdaje byla každá nemoc sociálním zlem.

---

<sup>25</sup> Na Slovensku tzv. civilizační choroby nahradily infekční na nejvyšších příčkách mortality až po druhé světové válce.

Vědecké bádání potvrdilo, že hromadnou zhoubu působí mikrobi, jež se nekonečně rozmnožují, vyrábějí prudké jedy a ničí tak živočišné ústrojí. Rychlost rozmnožování mikrobů uvedeme na příkladu sněti slezinné, kdy dva jedinci tohoto bacilu se za příznivých podmínek rozmnoží ve 3 dnech na 70 miliard jedinců. Nemoci vyvolané těmito ústrojenci, jak rostlinného, tak živočišného původu (ať to jsou plísně, kvasinky atd.), nazýváme chorobami sdělnými, nakažlivými (infekčními).

Jak tedy vypovídá z názvu, vznikají tyto nemoci přenesením původce choroby z nemocné osoby na zdravou. A to buď přímo z jejích útrob, nebo nepřímo prostřednictvím jiného tvora, předmětu nebo látky, vzduchu, nápoje nebo potraviny. Osoba nakažená je tudíž, zejména v určitých obdobích choroby, nejen svým tělem a krví, ale i výměšky a hleny, dechem, potem, slinami, močí a výkaly nebezpečná svému okolí. Mnohdy je člověk jen nositelem nákazy, sám jejím účinkům nepodléhá. Zvlášť způsobivými k vyvolání nákazy jsou samy produkty choroby, jako jsou stroupky vyrážek, skvrn, pupínků a neštovic. Proto povrch kůže i sliznic, oděv a prádlo, nádoby, nábytek a stěny obydlí a všechny předměty vůbec, s nimiž nemocný přišel jakkoli do styku a na nichž tyto shluky zárodků chorob ulpívají, byly jejich sídlem a nezdědky i jakousi líhní. Také vzduch obklopující nemocného byl jimi znečištěn.

Izolace a následné léčení nakažlivých osob byla nejsnazší a nejúčinnější obranou proti dalšímu šíření choroby. Na podezřelé z nákazy se osvědčila karanténa. Horší to bylo při trvalém styku mnoha osob, nebo pokud vnikly výměšky nemocného (moč, stolice), nebo zanesla-li voda odměšky z těla do země nebo vod – ať již tekoucích nebo stojatých. Tak vznikla možnost hromadné nákazy, protože nápojem, potravinami, ovocem či zeleninou se nákaza dostávala do organismu dalších osob. Zpravidla nejvíce bývaly nemocemi postiženy kasárny, školy, továrny, ústavy, lodě, noclehárny atd.

Pokud se choroba rozšíří v místě a okolí, jedná se o epidemii, je-li zachvácen celý kraj nebo země, jde o pandemii.

Na rozmnožení škůdců lidského zdraví mají vliv i povětrnostní poměry a podnebí: vlhko, sucho, teplo, zima, světlo a tma. Srážky očišťují vzduch, ale na druhou stranu znečišťují půdu a povrchové vody nakažlivými zárodky, proto spodní vody, pokud k nim nemají přístup dusíkaté látky, jsou jich prosty. Vlhko, zejména ve spojení s temnotou a určitou teplotou podporuje rozmnožování a šíření nákazy. Vlhké, nevětrané, přeplněné byty a místnosti, kde se hromadí odpadky, jsou nebezpečným zdrojem bakterií. Naproti tomu slunce svými léčebnými ultrafialovými paprsky hubí škodlivé látky podobně jako všechny pochody, jež vedou k výrobě kyslíku. Tímto se tedy za nejlepší považoval vzduch

na zahradách, na lukách, v lesích a po bouřkách, který byl z velké části zbaven mikroorganismů, stejně jako všude tam, kde nejsou přítomny dusíkaté a ústrojné látky. Sucho podporuje tvoření prachu – nejčastějšího nositele nákazy – a umožňuje její šíření v uzavřených místnostech.

Původci některých chorob mají různé ideální podmínky pro své rozmnožování, tak například: tyfu se nejvíce daří ve vodě, tetanu v půdě, malárii v bahnu, některé se přenášejí hmyzem (skvrnivka či tyfus skvrnitý blechami a vešmi, zimnice komáry) a dalšími živočichy (vzteklina psem a kočkou, sněť slezinná dobyt看, ozhřivka koněm).

Pro příklad uvedu rozdíl čistoty vzduchu různých míst v různých dobách: v Pařížské ulici bylo v roce 1923 nalezeno v 1 ccm vzduchu až 3480 bakterií, v parku na jaře 494, na podzim 380, v létě 650, v zimě 260.

Nákaza vniká do těla různými cestami. Vzduchem se dostávají tyto zárodky do dýchacích cest a ústrojí, a to do nosu, úst, hltanu, hrtanu, průdušek a plicních sklípků: spalničky, spála, neštovice, diftérie, zánět plic, zádušní kašel, tuberkulóza, epidemický zánět mozkových blan (tzv. ztrnutí šíje), potravinami do zažívacích ústrojí, tedy do úst, hltanu, žaludku a střev: tyfus střevní, úplavice, cholera, prachem a nečistotou (špínou) do kůže a sliznic (oka, močopohlavních ústrojí, úst, nosu): tetanus, sněť slezinná, diftérie, měkký vřed, kapavka, syfilis, zimnice bahenní, skvrnivka, vzteklina, otrava krve, různé kožní (svrab), pohlavní a oční choroby. U některých chorob jsou všechny vyjmenované cesty nákazy možné, a to zejména u TBC a sněti slezinné.

Lidské ústrojí se brání vnikání bakterií do těla zvláštními opatřeními, neporušená pokožka je zachycuje. Na podobném principu pracuje i sliznice, jež se ovšem pro svou jemnost snáze trhá a poškozuje, zato však vyměšuje hlen a výměšky, jimiž se před infekcí chrání. Tak v ústech vznikají zřídka nákazy rány, ačkoli je tu hojnost různých bakterií. Tak například skladba žaludečních šťáv a střevní mízy je bakteriím nepříznivá, jelikož v těchto tekutinách žijí a rozmnožují se i jiné druhy mikrobů, jež svým bujením ničí choroboplodné mikroby. Tvoří tak protijedy, které ruší účinek jedů nákazy. Pronikne-li přes tato ochranná zařízení nákaza do krve či tkáně, bývá potlačena tím, že jsou její zárodky buď na místě pohlcovány a stráveny bílými krvinkami, anebo se dostávají do uzlin mízních žláz, kde je čeká stejný osud. Také dýchací ústrojí má v nose jakýsi filtr pro znečištěný vzduch.

Onemocnění nakažlivou chorobou nastane tedy jen tehdy, překoná-li nákaza přirozený odpor organismu a její zárodky se tím rychle rozmnoží. Následně pak mikrobi škodí zdraví především tím, že vyrábějí prudké jedy tzv. tokiny, jimiž ničí tkáně, a to nejdříve na místě vniknutí do organismu. Některé bakterie zůstávají v místě vstupu do

organismu a zde vyvolávají chorobné pochody (měkký vřed), jiné se šíří dále. Některé jsou na této cestě zadržovány mízními uzlinami, jež pak zduřují (tuberkulóza), jiné se šíří v podobě pablán<sup>26</sup> (diftérie). Vniknou-li bakterie do krve nebo mízy, což je zvlášť nebezpečné, roznášejí se rychle do vzdálených a různých míst a tady i ty, které působí jen místně, mohou vyvolat chorobné pochody se všemi celkovými příznaky (např. bacily tyfu za takových okolností vzbuzují zánět plic).

Některé osoby jsou proti některým nakažlivým chorobám odolné. Vše, co oslabuje životní síly, tedy vysílení, sešlost nemocí, námahou, nedostatečnou nebo nesprávnou výživou, usnadňuje nákazu lidského těla. Proto nesnadné podmínky a vyživovací problémy v těžkých dobách byly příčinou k vypuknutí epidemií a pandemií.

Stupnice nebezpečnosti chorob: *spalničky, plané neštovice a zarděnky* jsou nemoci s mírným průběhem a výjimečně usmrcovaly; *zánět plic, střevní tyfus, spála, těžší diftérie a zánět mozkomíšních plen* měly úmrtnost 60-70%, *cholera* 50%, *tetanus* 70%.

Zdá se, že opakováním ztrácí nákaza na své prudkosti a účinnosti, tak jako by se vybouřila a vysílila. Proto také na počátku každé epidemie jsou případy onemocnění vážnější a smrtelné. Nákaza se zmírňuje samozřejmě i přeočkováním.

Dostaví-li se vedle příznaků svědčících pro chorobu ještě i jiné příznaky, tzn. např. krvácení ze sliznic a hnisavé pochody, mluvíme tu o smíšené nákaze. Při takovýchto nákazách se dostavuje jako komplikace zánět plic, srdečníku nebo svalů srdečního a kostní dřene. V době ozdravování (tzv. rekonvalescence) se může dostavit tzv. recidiva, neboli návrat choroby s prudším průběhem. Účinek nákazy se může projevit i na celém těle a být trvalým, např. při zánětu nervů a míchy (to vede k různým poruchám čidel – hluchota a slepota). Někdy infekce trvá léta (malárie, syfilis, tuberkulóza) a může vést až ke smrti – např. tzv. rychlé souchotiny, to je zaplavení celého těla pomocí krve bacily tuberkulózy, což je pak velmi podobné tyfu.

Objevením podstaty nákazy byly nalezeny prostředky proti ní, ovšem jen do určitých mezí. Např. filtrace vzduchu od choroboplodných zárodků byla takřka nemožná. Tyto prostředky jsou dvojího druhu: přirozené a umělé. Vzduch přítomností kyslíku rušivě působí na bacily, stejně jako slunce svým tepelným a světelným účinkem, voda pak působí zejména jako prostředek čistoty. Vedle těchto přirozených dezinfekčních cest byla objevena i nauka o antisepsi (sterilizaci). Předměty a látky se zahřívaly horkým vzduchem, plamenem nebo vodní parou na tak vysokou teplotu, že se při ní bakterie ničily.

---

<sup>26</sup> Pablána neboli povlak pokrývající hrtan. Může vyvolat dýchací potíže až dušení s následkem smrti.



Objev ochranného očkování proti neštovicím učinil anglický lékař Jenner, který zjistil, že čeled', která došla krávy stížená podobnými příznaky jako byly u neštovic, byla chráněna před touto nákazou. Od té doby bylo připravováno očkování proti pravým neštovicím. To se vpravovalo do lidského těla k jeho ochraně proti neštovičné nákaze. Od zavedení tohoto očkování značně pokleslo šíření této nákazy. Podobně tomu bylo i s úmrtností na tuto nemoc. Imunizace však nebyla trvalá a bylo nutné provádět po určité době přeočkování.

Jinak čistota a izolace nemocných byla vedle dezinfekce nejlepší obranou proti chorobě. Nákaze pohlavních chorob se šlo vyhnout tím, že pohlavní styk byl řízen rozumem a láskou, nikoli chtíčem.

Největší podpora nákazy byla ovšem nevědomost a pověra, babské prostředky a fušerství všeho druhu, tj. léčení chorob nebo ran osobami, které o jejich podstatě a nebezpečí infekce neměly ani ponětí.

### **3. Infekční choroby**

#### **3.1. Pravé neštovice**

Republika československá zdělila po válečné době zlý odkaz epidemií neštovic, které zuřily v celém státě. Konec 19. století se charakterizoval tím, že neštovice, které v té době byly ještě všeobecně rozšířenou epidemickou nemocí, tento svůj charakter ztratily. V roce 1918 onemocnělo v Čechách pravými neštovicemi 1.121 osob, na Moravě a ve Slezsku bylo číslo ještě o deset postižených větší, tedy 1.131. Největší problém pak byl s úmrtností, která v Čechách byla 46 osob a na Moravě a ve Slezsku 166, což bylo stále velké číslo. Když budeme dobové statistiky sledovat dále, uvidíme, že se počet jak nakažených, tak i úmrtí neustále snižoval. Nemůže být sporu o tom, že jedním z hlavních faktorů, který tento jev způsobil, bylo zavádění očkování, ač nebylo ještě povinné. Povinné očkovávání a přeočkování bylo zavedeno v roce 1919, čímž byly pravé neštovice celkem rychle vymýceny. Nemoc zcela zmizela během let 1925-1926, kdy již bylo pouze jedno úmrtí na Slovensku. Následující roky již byly zcela bez tohoto onemocnění. Kompletní vymýcení neštovic bylo jedním z největších úspěchů zdravotnictví.

Neštovice se daleko častěji vyskytovaly mezi chudým obyvatelstvem než mezi obyvatelstvem bohatým. Toto onemocnění se považuje za nemoc podporovanou špínou a pokles neštovic, který byl zaznamenán na konci předminulého století, nebyl způsoben jen rozšiřováním očkování proti neštovicím. Do značné míry to však bylo dáno také

všeobecným kulturním vzestupem a zlepšením hygienických poměrů, ve kterých po válce obyvatelstvo zase začalo žít. S těmito velmi zásadními faktory šla ruku v ruce propagace již zmiňovaného očkování.

Nejvážnější situace byla na Podkarpatské Rusi, kde bylo dosti často podceňováno provádění hlavního očkování. Bylo to dáno také tím, že pokud nemoc probíhala za příznaků, které neohrožovaly život, nebyl lékař k nemocnému vůbec volán. Nebylo možné od prostých Rusínů očekávat, že nemoc ohlásí. Nejenže neměli znalosti, aby posoudili, zda se jednalo o nakažlivou nemoc, či nikoliv, a zvláště, zda se jednalo v daném případě o neštovice pravé či plané, které hlášení nepodléhaly. V obcích, které byly roztroušeny po stráních a kopcích v prostoru mnoha kilometrů, nebyla evidence zdravotního stavu obyvatelstva ze strany obecního úřadu vůbec možná.

Proti očkování v letech 1921 a 1922 byl patrný značný odpor, neboť se k očkování nedostavilo velké množství lidí. V celkovém počtu osob, které se nedostavily, a to buď z lhostejnosti nebo nedbalosti, nebyli zahrnuti skuteční odpůrci očkování. Hojný počet renitentů vykazovaly i některé okresy, kde dříve proti očkování nebyl odpor. Je tedy zřejmé, že se v těchto okresech nejednalo o skutečnou renitenci, ale pravděpodobně o lhostejnost a neznalost předpisů. Snaha úřadů, které prováděly očkování, měla směřovat k tomu, aby byla dosažena co možná největší přítomnost všech osob, kterých se očkování týkalo a pro které bylo povinné. Proti všem těm, kteří se bez omluvení nedostavili, resp. neposlali své děti k očkování, bylo nutné zakročit a zavést proti nim trestné řízení.

Nejvíce neočkovaných měly krajiny přilehlé k Německu, z nich zejména severní Čechy. Zde bylo nejvíce odpůrců očkování, kteří pod různými záminkami brojili proti této státní akci. Hlásali hlavně přírodní léčení. Tato místa měla 74,08% všech nakažených neštovicemi v Čechách. Největší počet neočkovaných školou povinných dětí vykazovaly následující okresy<sup>27</sup>:

Liberec	4913
Varnsdorf	2988
Děčín	2135
Jablonec	1216

Značný podíl na šíření neštovic měl hadrářský průmysl. Sbíráni hadrů bylo daleko nebezpečnější než jejich samotné zpracování v závodech. Bylo to zejména z důvodu, že se tato činnost vymykala stálé zdravotní kontrole. Z toho jasně vyplývá, že nákaza se poté

---

<sup>27</sup> NA Praha, fond MZd, karton č. 496

šířila jednak díky infikovaným hadrům a jednak samotnými sběrači, kteří byli v pozici nosičů choroboplodných mikrobů. Aby tomuto nebezpečí při sbírání hadrů bylo zabráněno nebo alespoň zredukováno na nejmenší míru, bylo nutné dodržovat jistá bezpečnostní nařízení. Zásadním opatřením proti šíření neštovic byl požadavek, aby sbírání hadrů bylo zařazeno mezi koncesované živnosti tak, jak tomu bylo v pohraničních oblastech. Tímto pak byla umožněna řádná zdravotní kontrola. Další ustanovení se již týkala spíše hygienických zásad. Bylo žádoucí, aby se sebrané hadry ukládaly do schválených místností, které vyhovovaly jak hygienickým, tak technickým požadavkům. Mezi tyto požadavky patřilo:

- pracovní místnosti měly být dostatečně velké a světlé, povrch stěn musel být hladký, světlý a opatřený takovým nátěrem, který byl snadno čistitelný, podlahy měly být hladké a vodotěsné, beze spár. To bylo důležité zejména proto, aby bylo možné podlahy čistit i za vlhka;
- odsávání prachu z místností, kde se hadry třídily;
- z prachových komor se měl prach odstraňovat sprchami nebo prachovým filtrem;
- pytle se hadry měly plnit za pomoci strojního zařízení (ne šlapáním, jak bylo zvykem);
- v neposlední řadě měli mít dělníci ochranné masky, které jim bránily vdechování prachu. Také měli používat pracovní oblečení, které se před odchodem ze zaměstnání nechávalo v šatnách a pravidelně se pralo a vyvářelo;
- velmi důležitá byla i vstupní lékařská prohlídka dělníků, ti byli vyšetřeni zejména na plicní choroby. Tyto prohlídky se pak periodicky opakovaly;
- pokud se hadry dovážely ze zahraničí bylo nutné požadovat úřední doklad, že nepocházejí z oblastí zamořených nakažlivými nemocemi.

Dále bylo nutné zabránit třídění hadrů v domácnostech a všechny osoby a jejich rodiny, které se touto činností zabývaly, podrobit každých pět let očkování proti neštovicím. To se dělo dle § 23. nařízení vlády ze dne 20. dubna 1920, sb. z. a n. č. 298.

V obcích, které byly postiženy neštovicemi, bylo sbírání hadrů a podomní obchod po dobu epidemie zakázáno. To bylo stanoveno podle § 19. zákona ze dne 14. dubna 1913, č. 67 ř. z.

Nejúčinnější metodou byla parní dezinfekce hadrů v provozovnách, která byla za tehdejších okolností jen těžko proveditelná. Díky tomuto bezpečnostnímu opatření by došlo ke značnému zdražení materiálu, což v dané době nebylo žádoucí.

### **3.2. Skvrnitý tyf**

Skvrnitý tyf je onemocnění, které je bezpečným ukazatelem velmi nízkých a primitivních hygienických poměrů. Je to celkové onemocnění, při kterém se nákaza přenáší šatní vší. Na Slovensku a Podkarpatské Rusi však skvrnitý tyf měl jiný charakter. Tam se jednalo vždy o nemoc endemickou<sup>28</sup>, která byla vázána na obyvatelstvo trvale usedlé. Rozšiřování skvrnivky začalo již v době válečné, kdy došlo jednak k celkovému snížení hygienických poměrů, jednak k nahromadění uprchlíků ze zemí, kde byl tyf endemický. Svoji úlohu jistě sehrála i špatná výživa, vedoucí ke snížení celkové odolnosti. Tyto důvody se staly vhodnou půdou pro skvrnitý tyf, který i v poválečných letech vykazoval stále vysoká čísla onemocnění a úmrtnosti. Došlo tak k jeho epidemickému rozšíření, neboť tu byly zvláště výhodné podmínky pro šíření. Mezi jednotlivými zeměmi existovaly značné rozdíly v počtu onemocnění a úmrtí: v Čechách bylo v roce 1920 80 onemocnělých břišním tyfem, kdy z tohoto počtu zemřelo 12 osob. Když budeme postupovat směrem na východ, uvidíme, že se čísla neustále zvyšovala. Na Moravě a ve Slezsku bylo postižených 134 a počet úmrtí 14, Slovensko mělo 515 osob nakažených skvrnivkou a 74 úmrtí. Značně vysoké statistiky onemocnělých vykazovala Podkarpatská Rus, kde bylo 2.168 případů při 49 úmrtích. Avšak i přes všechny tyto nesnáze se podařilo výskyt nemoci značně omezit. Na Slovensku a Podkarpatské Rusi byl v boji proti skvrnivce učiněn velký pokrok, neboť hned v následujících letech byl průměr nakažených značně pod průměrem let předválečných. Tak např. v roce 1922 bylo na Slovensku již jen 34 onemocnělých a na Podkarpatské Rusi 203. V roce 1928 bylo vykázáno pouze 25 onemocnění pro Slovensko, ostatní země byly bez nakažených skvrnitým tyfem. K úplnému vymýcení skvrnitého tyfu z těchto končin však nestačily obvyklé epidemiologické metody. Možnou trvalou pomocí bylo vyzdvižení všeobecné úrovně obyvatelstva tak, že mezi ním vymizí zavšivení, které skvrnitý tyf udržuje jako nemoc endemickou a zvýší se úroveň hygieny bydlení, odívání

---

<sup>28</sup> Endemický výskyt je takový, který je jen na určitém místě (místně ohraničený).

atd. Toho bylo možné docílit pouze lidovými výchovnými činnostmi a spoluprací veškerého obyvatelstva.

Velmi vzácně se nemoc získávala při odebírání krve, tedy při neopatrné práci s krví, která obsahovala nákazu a která se zasílala diagnostickým stanicím za účelem zjištění onemocnění.

Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy proti šíření této zhoubné nemoci zakročilo tak, že byla mobilizována celá epidemijní pohotovost. Do zamořených obcí byla vyslána autokolona užhorodská a bratislavská. Dále byla objednána očkovací látka prof. Weigla<sup>29</sup>. Tou byly očkovány především osoby, které byly nákaze nejvíce vystaveny, např. lékaři, kněží, učitelé a ošetřovatelé, protože v poválečné době byl značný nedostatek tohoto personálu, který by byl odolný proti skvrnivce. Série tří injekcí pro jedno očkování stála 2,50 \$, což v přepočtu činilo 82,50 Kč. Nebyla to tedy zrovna levná záležitost, a proto bylo očkování určeno jen pro výše jmenované osoby a ne pro veškeré obyvatelstvo tehdejšího Československa. Obcím byla poskytnuta peněžitá podpora pro výživu obyvatel izolovaných a odkázaných jen na malý výdělek.

Skvrnitý tyf se na počátku 20. století vyskytoval hlavně v pozdní zimě a časném jaře, zatímco pozdní léto a podzim býval této nemoci ušetřen<sup>30</sup>, což je patrné z tab. č. 1. Velmi důležitým poznatkem je i fakt, že skvrnitý tyf byl rozšířen ve všech zemích, které hraničily se Slovenskem a Podkarpatskou Rusí. Pravděpodobnost nebezpečí zavlečení této choroby do nově vzniklé republiky trvala tak dlouho, dokud poměry umožňovaly uchycení této choroby.

Pokud se budeme opírat o dobové statistiky, trval zvýšený stav skvrnivky způsobený válkou a poválečným pohybem obyvatelstva ve všech zemích až do r. 1923. Pak se již výše případů držela na nízké, byť kolísavé, úrovni. Z Čech, Moravy a Slezska skvrnivka vymizela, objevovaly se jen nahodile zavlečené případy. Asi 80% případů skvrnivky v Československu připadalo na Podkarpatskou Rus, zbytek na Slovensko. Avšak ani tam nebyla skvrnivka obecně rozšířena, nýbrž byla soustředěna hlavně do tří okresů na hranicích s Polskem, a to do okresů Svalava a V. Berezný na Podkarpatské Rusi a v sousedním okrese Snina na Slovensku. Problém skvrnivky se tedy zužoval především na tyto tři okresy a s nimi sousedící obce. Skvrnivka propukala ve zmíněných okresech jednak

---

<sup>29</sup> Weiglova vakcína byla usmrcená čistá kultura viru skvrnivky pěstovaná ve střevu šatní vší. Očkování se provádělo třemi podkožními injekcemi v intervalech 6 dní. První dávka obsahovala usmrcený virus střev 20 vší maximálně infikovaných virem skvrnivky, tj. asi miliarda zárodků, druhá očkovací látka byla ze 40 vší a třetí ze 60 vší, tj. asi 3 miliardy zárodků. Podle údajů nepůsobila Weiglova vakcína žádné větší reakce než jiné bakteriální vakcíny. Místo vpichu jen slabě zčervenalo a zduřelo.

<sup>30</sup> Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desetiletí, Praha 1929, s. 48.

z domácích ohnisek nákazy, jednak ze styku se sousedním zamořeným obyvatelstvem Polska. Proto bylo možné naleznout spoustu dalších případů i v obcích ležících při cestách či tratích a v údolích vedoucích z Polska od průsmyku Užockého a Vereckého.

Skvrnivka zanechávala značně vysokou imunitu – tím vyšší, čím byla infekce těžší. Reinfekce, pokud se vůbec vyskytla, byla vždy mnohem mírnější než první onemocnění.

### **3.3. Břišní tyf a paratyf**

Břišní tyf byl dobrým ukazatelem stavu veřejné hygieny sídlišť, zvláště pokud se to týkalo zásobování vodou a odstraňování splašků. V zemích s teplejším klimatem se stávalo nezávadné zásobování vodou problémem daleko větším než například v krajinách horských.

O vztahu břišního tyfu k veřejné hygieně je fakt, že této nemoci přibývalo od západu k východu. Není to jen proto, že hygienické poměry ve východních městech byly po stránce veřejné hygieny o mnoho horší než na západě, nýbrž také proto, že na východě převládalo osídlení venkovské. To vyplývá i z mapy č. 1. Tato forma lidského bydlení byla daleko více ohrožena než bydlení ve městech, kde se ochrana vodního zásobování prováděla centrálně a stávala se tudíž spolehlivější a proveditelnější.

V Čechách měl tyf spíše charakter nemoci endemické, kdežto v Zemi moravskoslezské (kde se vyskytoval v hojnějším počtu) se k tomuto endemickému základu přidávaly postupem let větší epidemie, které způsobovaly značné výkyvy.

Statistiky vypovídající o nemocnosti břišního tyfu nejsou zcela objektivní, jelikož údaje byly hlášeny dosti nespolehlivě. Poválečná data je vhodné srovnávat s rokem 1913, kdy počet onemocněných břišním tyfem dosahoval nejnižší úrovně (Čechy vykazovaly 1.680 onemocnění a 250 úmrtí, Morava a Slezsko 2.048 onemocnění a 253 úmrtí). Je samozřejmé, že válka měla za následek velké vzplanutí této nemoci, která se projevila zejména na Moravě. V Čechách poklesla nemocnost pod číslo z r. 1913 teprve až v r. 1928, kdy bylo hlášeno 1.654 postižených břišním tyfem a 186 úmrtí. V Zemi moravskoslezské byl průběh nemocnosti i úmrtnosti odlišný, zde nastal pokles pod hladinu roku 1913 již v roce 1923 (nakažených bylo 1.460, úmrtí 126), který se s přechodným zvýšením udržel až do r. 1926. Od té doby však nastal vzestup, který převyšoval čísla z doby bezprostředně předválečné. Stoupání případů onemocnění krátce po válce vzbuzuje určité pochybnosti, zda pokles v době poválečné byl výsledkem aktivního boje proti této nemoci, či zda to nebyl jen důsledek mimořádně velké epidemie ve válečné době, která mnoho lidí

imunizovala. Avšak jistě bychom křivdili tehdejší hospitalizaci případů a vůbec stále lepšímu ošetření, které zcela určitě přispělo k částečnému snížení smrtelnosti.

Břišní tyf měl u nás sezónní průběh s maximem svého výskytu v září a minimem v květnu<sup>31</sup> (to dokládá tab. č. 2). Tato nemoc zůstává jedním z nejvýznamnějších zdravotnických problémů ve východní části státního území. Nejvíce nesnází činilo rozeznání břišního tyfu v jeho pozvolném rozvoji příznaků, kdy napadený ještě konal své povolání a ve většině případů k němu nebyl volán lékař. Tím docházelo k zanedbávání zdravotní péče, epidemiologického šetření a bakteriologicko-sérologického průzkumu. Velmi často byl břišní tyf zaměňován s klasickou chřipkou.

Podle získaných poznatků bylo při potírání břišního tyfu hlavní příčinou značného rozšíření této nemoci opožděné odloučení osob, které byly tyfem nakaženy, a nevypátrání roznašečů tyfových bacilů. Svoji úlohu sehrála i již výše zmíněná osobní hygiena části obyvatelstva.

Byly rozeznávány čtyři hlavní druhy tyfové nákazy:

- 1) **Zřejmé případy tyfu**, u toho typu se nemoc projevovala všemi hlavními příznaky. Pocit nemoci upoutal nemocného na lůžko, k němuž byl posléze přivolán lékař. Avšak i tyto případy tyfu vyžadovaly odborného bakteriologicko-sérologického vyšetření, které by potvrdilo předpokládanou diagnózu. Tyf se začínal projevovat pozvolna a nenápadně, zejména malátností a bolestmi hlavy, a to už asi po čtrnáctidenní inkubaci. Záhy se začaly objevovat další příznaky, jako bylo lehké mrazení nebo pocit horka. Mylně však byl pacienty uváděn za první den nemoci onen den, kdy ulehl na lůžko. Teprve při podrobné anamnéze bylo shledáno, že počátečními příznaky trpěl již několik dní před upoutáním na lůžko. Tyto obtíže se však projevovaly převážně k večeru.
- 2) **Zakrslý tyf**, zde horečka trvala velmi krátce, nebo se dokonce ani nedostavila. Někdy se dostavily i průjmy a nádory sleziny, které trvaly cca 8-14 dní. V některých případech byly příznaky tak lehké, že pacient nemoc přechodil.
- 3) **Zastřený tyf** způsoboval největší komplikace. Zde se pozorovala v počátku nemoci angína s obtížným polykáním a bolestmi v krku. Na

---

<sup>31</sup> Tamtéž, s. 64.

mandlích se často objevovaly bílé skvrny, které později přecházely v povrchní vředy s tyfovými bacily.

- 4) **Latentní tyfová nákaza**, sem řadíme vzácné případy náhlého úmrtí zdánlivě zdravých lidí, u kterých se však při pitvě zjistil břišní tyf. Někdy se stalo, že zdraví lidé, tzv. bacilonosiči<sup>32</sup>, vylučovali zejména stolicí tyfové bacily, aniž by předtím prokazatelně onemocněli tyfem.

Provedením tzv. drobné asanace studněmi a žumpami a zejména pak větší asanace – kanalizace, zavedení vodovodů, nebylo jen odvráceno zdravotnické nebezpečí od obyvatelstva obcí, nýbrž bylo dosaženo též velkých úspor hospodářských a finančních, které postupem času plně kryly vynaložené asanační náklady.

V zamořených domech bylo nařízené zalévat hnojiště, záchody a ostatní výkaly vápnem. Obyvatelstvo bylo upozorněno na nakažlivost choroby, na dodržování tělesné čistoty, a to zejména na mytí rukou před každým jídlem. K pití bylo vhodné užívat jen převařenou vodu, například v podobě čaje.

Vzhledem k tomu, že tu existovala možnost tyfové nákazy z požívání mléka a mléčných výrobků, bylo nutné zavést v restauracích náležitá opatření. Těmi byly:

- a) Syrové mléko se nesmělo podávat ani v takovém případě, kdy o něj host požádal. Dovoleno bylo servírovat jen svařené nebo pasterované mléko.
- b) Šlehačka se musela vyrábět pouze ze svařené smetany. Takováto šlehačka pak vydržela mnohem déle, aniž by zkysala.
- c) Máslo k jídlu se smělo podávat jen čajové, tedy takové, které bylo vyrobeno z pasterované smetany.
- d) Personál mlékařský a kuchyňský byl počátkem každé sezóny (letní a zimní) podroben bakteriologicko-sérologickému vyšetření krve a stolice.
- e) V kravíně bylo zavedeno mytí rukou vodou a mýdlem před každým dojením a před každou manipulací s mlékem. Nezbytné bylo i omývání vemene krav před dojením a vypařování nádob horkým roztokem sody.

### 3.4. Záškrt

Záškrt a spála jsou nemoci, při kterých dochází k vlnovitým výkyvům jak u nemocnosti, tak přirozeně také u úmrtnosti. Zhoubná epidemie devatenáctého století se šířila z východu na západ, to je zřejmé i z mapy č. 2. Úmrtnost dosahovala v prvních letech

---

<sup>32</sup> Bacilonosičům byla zakázána manipulace s potravinami a poživatinami, které byly určeny k prodeji dalším lidem a také nesměli brát vodu z otevřených studní nádobami, které si přinesli ze své domácnosti.



po založení republiky i více než 2% obyvatelstva. Nejnižší hladiny dosahovala v letech 1922-1924. Potom nastal opět pozvolný vzestup, který se vyhroutil v roce 1928 nebývale velkým počtem nakažených. Těch bylo pro Čechy 7.773 a 804 úmrtí. Výše úmrtnosti, která byla v roce 1915 (Čechy: 10.871 onemocnění a 1.252 úmrtí), kdy vypukla epidemie záškrtu, však nedosáhla. Morava a Slezsko byly zasaženy mnohem mírněji. V kritickém roce 1928 to bylo 2.187 nakažených a 236 úmrtí. Je však otázkou, zda hlášení nemoci byla objektivní a úplná. Pokles v nemoci a smrtelnosti záškrtu bylo nutné přičíst změně ve složení obyvatelstva, která nastala poklesem porodnosti za války. Tímto poklesem z obyvatelstva postupně vymizely ty věkové skupiny, které byly záškrtem nejvíce ohroženy. Skupinová imunita se každoročně snižovala tím, že do obyvatelstva vstupovaly malé děti, které byly pro záškrty zvláště vnímavé<sup>33</sup>. Pokles smrtelnosti se však nedá vyložit pouze touto okolností. Je zde vidět též vliv lepšího léčení případů a v neposlední řadě i používání antitoxinu při léčení záškrtu.

Jestliže u předchozích nemocí byl uveden sezónní výskyt, nesmíme to opomenout ani u záškrtu. Podle dobové statistiky (tab. č. 3) je patrné, že sezónní fluktuace v nemoci záškrtu dosahovala svého vrcholu v listopadu. Proto bývá také nazýván nemocí časné zimy. K minimu ve výskytu této nemoci pak docházelo v červenci.

Záškrty náležely k nejobávanějším a také k nejnebezpečnějším chorobám dětského věku. Léčení pomocí séra bylo sice velmi účinné, bohužel však záviselo na jeho včasném použití. A poněvadž mnozí rodiče považovali záškrty v jeho počátcích za neškodnou angínu, nevolali z tohoto důvodu pak ani lékaře. Tím se stávalo, že stále ještě velká většina dětí dostala sérum příliš pozdě. Proto si záškrty vyžadoval stále velký počet obětí. Lékařská věda se tedy neustále velmi usilovně snažila nalézt prostředek, který by dostatečně ochránil děti před tímto onemocněním, pokud by již k nákaze došlo, aby nepropukla v nemoc. Bádání došlo tak daleko, že bylo po ruce více takovýchto ochranných prostředků proti záškrtu, na které bylo upozorňováno a které byly obyvatelstvu přibližovány prostřednictvím novinových zpráv.

Nejpříznivější dobou k provedení ochranného očkování bylo jaro, protože se jednak v té době záškrty téměř vůbec nevyskytovaly a jednak proto, že se mohla v organizmu po provedení očkování až do počátku školního vyučování vyvinout účinná ochrana. Na počátku školního vyučování, kdy počet onemocnění záškrtu podle zkušeností vždy vzrůstal, bylo již dosaženo u dítěte po třinásobném očkování spolehlivé ochrany. Tato

---

<sup>33</sup> Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desetiletí, Praha 1929, s. 74.

ochrana trvala pak nejméně ještě dva roky. Očkovány byly děti od 2-14 let. Očkování bylo sice dobrovolné, avšak bylo doporučováno v zájmu bezpečnosti ochrany zdraví všech dětí. Toto očkování se provádělo bezplatně.

Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy vydalo 23. prosince 1932 výnos č. 42.498 tohoto znění: : „*Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy pozorujíc značný rozmach epidemií záškrty v tamním správním území, pokládá za nutné zakročit a to vzhledem k neobyčejné vážnosti situace způsobem zcela výjimečným. Jde o to, aby v ohrožených místech a v ohrožených rodinách a okresech zvláště postižených neb ohrožených byla mimo všechna jiná opatření rázu profylaktického i represivního podporována pasivní krátkodobá immunisace proti záškrty, a to protidifterickým serem ze Státního zdravotního ústavu.....*“<sup>34</sup> Na tuto imunizaci proti záškrty byla poskytnuta částka 100.000 Kč, která byla rozdělena mezi okresy, které byly nejvíce postiženy a ohroženy.<sup>35</sup> Přičemž sám zemský úřad instruoval okresní úřady, kterých se tato akce týkala, aby se podpory na sérum dostaly přímo chudým, popř. nemajetným, ohroženým nebo postiženým rodinám. Peněžní prostředky na potírání epidemií ovšem nebyly určeny k tomu, aby hradily léčebné útraty nemocných. I když tu existovala jistá výjimka, která vzhledem k velké závažnosti tehdejší situace nenamítala nic proti tomu, aby v případě nouze bylo sérum hrazeno i pro nemocné.

Postup byl asi takový: Pokud lékař v rodině postiženého záškrtem shledal takové poměry, které odůvodňovaly nárok na příspěvek z této akce, použil séra z vlastní zásoby nebo z lékárny. Té pak musel dodat potvrzení o nároku na státní náhradu. Pokud byly v takovéto rodině děti, bylo samozřejmé, že byly nákazou velmi ohroženy. V takovémto případě provedl lékař pasivní imunizaci. O poskytnutém očkování pak vydal průkaz potvrzený obecním úřadem či lékárnou a předložil ho okresnímu úřadu. Toto osvědčení muselo obsahovat následující náležitosti:

Pasivní imunizace proti diftérii:

Léčba diftérie:

Bydliště:

Jméno nemocného/očkovaného:

Stáří:

Druh zaměstnání (otce, matky):

<sup>34</sup> NA Praha, fond MZd, karta č. 465

<sup>35</sup> Neobvykle zvýšený výskyt diftérie nastal počátkem školního roku 1932 a postihl hlavně severozápadní oblast Čech a Zemi moravskoslezskou.

Rodiče jsou/nejsou t. č. výtělečně činní:

Škola, kterou navštěvuje nemocný/očkovaný:

Onemocněl dne:

Sérum léčebné hodnoty:

Použito dne:

Onemocnění v rodině konstatováno dne:

Datum pasivní imunizace dne:

Vydal lékař:

Dále bylo nezbytné, aby obsahovalo potvrzení obecního úřadu, lékárny a zda bylo sérum poukázáno ze zásob lékaře, nebo lékárny.

### 3.5. Spála

Vlny spálových epidemií přicházely ve tří až pětiletých obdobích a měly značné výkyvy. Během let 1918-1924 nebyl výrazný rozdíl v nemocnosti mezi Čechami a Zemí moravskoslezskou. Po válce dochází k jejímu poklesu, který dosahuje minima kolem r. 1921. V následujících letech pak opět dochází k vzestupu, který v r. 1928 doznává předválečné úrovně. Statistické údaje např. z roku 1918 vykazují v Čechách 2.812 onemocnění a na Moravě a ve Slezsku 1.596, rok 1928 již má mnohokrát větší počet nakažených, a to 13.229 pro Čechy a 5.811 Moravu a Slezsko. Rapidní pokles porodnosti za války způsobil, že byla zvýšena skupinová odolnost obyvatelstva v době poválečné tím, že dorůstajícími dětmi se nedoplňovala ta část obyvatelstva, která byla na spálu nejvíc náchylná. Tím, že se pak porodnost vrátila do hodnot předválečných, začala postupně skupinová odolnost obyvatelstva klesat, až dosáhla výše, při které byly dány podmínky pro šíření spálové epidemie.

Ve východních zemích byla spála nemocí daleko virulentnější<sup>36</sup> než v zemích západních. Úmrtnost na Podkarpatské Rusi byla devětkrát vyšší než v Čechách, což je jasné znázorněno na mapě č. 3. Spálová epidemie se po válce objevila dříve na Slovensku a Podkarpatské Rusi než v Čechách a v Zemi moravskoslezské. Ve východní části republiky nebyl pokles porodnosti tak dalekosáhlý, aby porucha ve složení obyvatelstva na dlouhou dobu zvyšovala odolnost lidu proti epidemii. Proto tam došlo dříve k rozšíření této nemoci než v západní polovině státu.

Spála – podobně jako spalničky – se rozšířila hojným stykem obyvatelstva, které podle zvyků na východě pokládalo za povinnost navštěvovat nemocné. Stejně tomu bylo

---

<sup>36</sup> Virulence byla schopnost mikroorganizmů vyvolávat infekci.

v zimním období, kdy nebyla práce mimo domov a tudíž docházelo na časté návštěvy a společné besedování.

Co se týče věkových skupin, je možné vypořizovat, že maximum incidence<sup>37</sup> spály mužů spadala do období kolem 7. roku, kdežto u žen kolem 8. roku. Je také velmi jasné, že nepoměrně vyšší úmrtnost připadala na mladší věkovou skupinu.

Lze též vypořizovat vzestup počtu případů hned v prvních 14ti dnech epidemie a pak poznenáhlé opadávání epidemické vlny. Nelze se ovšem ubránit dojmu, že vznik nemoci nebyl ani pacientem nebo rodinou udáván přesně a lékař tak mohl zjistit počátek nemoci až při návštěvě nemocného nebo na základě údajů rodiny. Při prostotě tamního obyvatelstva nelze na udání mnoho spoléhat, je však velmi pravděpodobné, že anamnézy<sup>38</sup> byly více či méně téže ceny.

Veliké úspěchy ochranného očkování proti záškrtu povzbudily badatele k neúnavnému hledání podobných ochranných a léčebných prostředků proti jiným nakažlivým chorobám. Po dlouhé námaze se podařilo objevit účinné zbraně také proti spále.

Spála nepostihovala každého. Asi dvě třetiny všech lidí měly v sobě od narození dostatečnou odolnost, takže spálou neonemocnely. Zbývající třetina byla však ohrožena a potřebovala ochranu. Prvním úkolem tedy bylo vyhledat osoby náchylné ke spále, druhým pak zvýšit jejich přirozenou odolnost tak, aby neonemocnely. To se podařilo manželům Dickovým, kteří vypracovali metodu, kterou bylo možno zjistit náchylnost člověka ke spále tím, že se mu do kůže vstříkla zvláště připravená tekutina ve velkém zředění. Pokud kůže kolem místa, kde byla tekutina vstříknuta zčervenala, byla tato osoba náchylná k nákaze. Na základě tohoto zjištění, se jí poté vstříklo větší množství tekutiny, díky které získala takovou ochranu, která trvala právě tak dlouho, jako kdyby prodělala spálu. Oba zákroky byly zcela neškodné a bez jakéhokoliv nebezpečí.

Zajímavé je také to, jak se místní obyvatelstvo stavělo vůči léčení nemoci sérem. Rodiče onemocnělých dětí se postavili proti očkování a teprve až když byly zachráněny dvě děti z Čech, podařilo se v 16 případech aplikovat sérum. Pouze dvě děti z takto léčených zemřely, ale to bylo především proto, že ošetřující lékař u těchto dvou nakažených nemohl zaručit, kdy onemocnění přesně vznikla a zda nebylo sérum aplikováno příliš pozdě. Výsledky léčby sérem i při poměrně malém počtu případů byly tedy velmi přesvědčivé.

Spála se nejčastěji objevovala v říjnu a minima pak dosahovala v květnu (viz. tab. č. 4).

---

<sup>37</sup> Incidence znamená výskyt chorob čili demografický ukazatel počtu nových onemocnění k počtu obyvatel.

<sup>38</sup> Anamnéza neboli předchorobí; soubor údajů o prodělaných nemocech pacienta, rodičů a sourozenců.

### 3.6. Spalničky

Spalničky nebyly v mnoha státech počítány mezi onemocnění, která podléhala hlášení. Ani do tehdejšího epidemického zákona nebyly zahrnuty. Považovaly se za nemoc malého zdravotnického významu. Postupem doby a vzhledem k jednotlivým infekčním nemocem se změnilo vnímání této nemoci. Ta začala být chápána mnohem vážněji.

Spalničky jsou nemocí, která zachvacuje nejmladší děti v daleko větší míře než spála a záškrt. V důsledku toho se potvrdilo šíření epidemií krátce po válce, a to díky vzestupu porodnosti.

Na území Slovenska a Podkarpatské Rusi byly spalničky daleko více smrtící nemocí, cca pětkrát vyšší než v zemích historických (viz. mapa č. 4). To můžeme doložit na základě průměru úmrtnosti z let 1923-1928, kdy dostáváme pro Čechy a Zem moravskoslezskou průměr spalničkové úmrtnosti 5,1 z celkového počtu 100.000 dětí, kdežto pro Slovensko a Podkarpatskou Rus je to 26,7 za stejnou dobu a ze stejného počtu dětí.

Tento markantní rozdíl ukazuje na to, že způsob ošetření nemocných hrál velikou roli při spalničkové nemocnosti. Toto pak rovněž souviselo s národohospodářskou a kulturní úrovní obyvatelstva.

Spalničky byly v době 1923-1928 více než dvojnásobnou příčinou úmrtí než spála, na Slovensku a Podkarpatské Rusi dokonce trojnásobnou.

Z výše uvedeného průměru spalničkové úmrtnosti vyplývá, že celková úmrtnost nebyla vysoká. Pohybovala se v hranicích příznivých hodnot pro tuto zeměpisnou šíři. Celostátní průměr však zhoršovaly hodnoty ze Slovenska a Podkarpatské Rusi.

Ukazuje se totiž, že spalničky během roku fluktovaly způsobem, který se lišil od fluktuace spály a záškrtu. Kdežto při těchto nemocech připadal vrchol epidemické vlny na první zimní měsíce, nebylo tomu tak u spalniček. Vrchol přicházel v březnu, čímž se spalničky charakterizovaly spíše jako nemoc jarní.

### 3.7. Chřipka

Chřipka je nakažlivá nemoc, která se projevuje bolením hlavy, překrvením sliznic horních cest dýchacích, horečkou a bolestmi ve svalech. Častokrát je provázena i zánětem mandlí (angínou) a poruchami zažívacího ústrojí. Chřipka se přenáší hlavně hlenem z nosu a úst. Každý, komu se dostane chřipkový vir na sliznici dýchacích cest nebo na oční spojivku, může onemocnět chřipkou, a to už velmi brzy, zpravidla již za den nebo dva.

Jelikož se chřipka šíří hlavně kapénkami z úst nemocného, bylo třeba dbát těchto pravidel:

- 1) Bylo nežádoucí plivat po zemi. Za tímto účelem se používalo kapesního šátku nebo plivátka, které bylo naplněno vápenným mlékem. Kapesníky se nesměly protřepávat a půjčovat jiným osobám. Měly se často měnit – bylo nutné je prát v 10% roztoku sody.
- 2) Pokud měl někdo nutkání kašlat a kýchat, bylo třeba, aby si ústa zakryl kapesníkem a odvrátil se od lidí, kteří stáli před ním.
- 3) Velice důležité bylo též dodržovat určitou vzdálenost mezi hovořícími osobami, ta byla stanovena na dva metry.
- 4) Důležitá byla i péče o obuv, která se měla pravidelně čistit. To samé platilo i o příbytcích a veřejných místnostech, kde se měl prach též řádně odstraňovat, aby se zabránilo jeho zbytečnému víření. Nemělo se podceňovat ani dostatečné větrání místností.
- 5) V době hrozící epidemie se doporučovalo nepodávat a nelíbat nikomu ruku, zvláště ne nemocným.

V denním tisku byly otiskovány stížnosti úředníků, kteří byli nespokojeni s poměry, které panovaly na pracovištích. Ani opakované žádosti, aby byla v kancelářích umyta podlaha a důkladně odstraněny vrstvy prachu z desek spisů, nepomohly. Paradoxem však byly snahy úřadů vycházet vstříc osvětovým propagacím, které poučovaly, jak se bránit nakažení chřipkou. Ve svých prostorách například umísťovaly nápisy typu: „*Milý brachu, braň se prachu!*“<sup>39</sup>

Protože neoslabené tělo chřipce lépe vzdoruje, bylo doporučováno zachovávat pravidelnou životosprávu, přiměřeně se šatit – tedy tak, aby tělo ani příliš neprochladlo, či naopak, aby se nepřehřívalo. V době chřipkové epidemie bylo nutné vyhýbat se místům, kde bylo mnoho lidí pohromadě, a hlavně se vyvarovat styku s nemocnými. V hostincích, vinárnách a kavárnách se měly žádat vždy čisté příbory.

Při pečování o nemocného postiženého chřipkou bylo důležité několikrát za den provětrat místnost, přičemž měl být nemocný dobře přikryt, aby neprochladl. Velmi účinně též působil horký čaj s citrónem a časté kloktání.

Úspěch boje proti chřipce záležel na spolupráci všech občanů poválečného Československa a jeho ochotě řídit se radami, které byly odborníky uznány za nejlepší.

---

<sup>39</sup> Národní politika 45/1927, č. 25, s. 5.

Proto vzniklo „Poučení o chřipce“, které vycházelo v tisku a bylo důležitým prostředkem k zamezení či alespoň ke zmírnění chřipkové epidemie.

V poválečných letech se stala tato choroba svým pandemickým<sup>40</sup> výskytem jednou z nejzávažnějších. Postihla totiž výdělečné obyvatelstvo v době svého pandemického rozšíření.

Chřipkovou epidemii vždy provázel vzestup úmrtnosti tuberkulózou.

Pravá pandemie této choroby přišla ve dvou vlnách v roce 1918. Svou virulentností byla nejhorší pandemií této nemoci, která byla na území Československa dosud zaznamenána. V roce 1919 došlo již k pouhému doznívání vln z r. 1918. V tomto roce chřipka zavinila 7.831 úmrtí. V roce 1920 došlo opět k malému zvýšení, které však nedosáhlo hodnot z roku 1918. To dokazují i údaje zachované z dobových statistik. Rok 1920 znamenal smrt pro 7.116 osob nakažených chřipkou.

Chřipka patřila k nemocem povinně hlášeným, a to od roku 1920. Hlášení bylo však nespolehlivé, protože ne každý si uvědomoval důležitost oznámení výskytu, takže se výsledky nedají použít pro přesné určení této epidemické nemoci.

Minima nálezů bylo dosaženo v letech 1923 a 1924. Záznamy ukazují, že v tomto roce zemřelo 595 osob. Od té doby nastal vzestup, který dosahuje epidemického vrcholu v roce 1927, kdy na chřipku zemřelo 4.887 osob. Jen ve Velké Praze bylo hlášeno 3.950 onemocnění chřipkou, z toho jich skončilo 29 smrtí. Infekcí byli postiženi většinou lidé ve středním a mladém věku. Převážná část onemocnění lehčího rázu však nebyla vůbec hlášena. V roce 1928 nastalo zase opadnutí.

Epidemie byla skoro výlučně omezena na první čtyři měsíce roku. Svého vrcholu dosáhla nejdříve v Čechách a o týden později na Moravě, o další týden později na Slovenku. Nejdříve zachvacovala země západní, poté země východní. Je jedinou nemocí, která si v civilizovaném světě zachovala pandemický charakter do dnešní doby.

### **3.8. Cholera**

Zvláštní pozornost se měla věnovat studním a tekoucím vodám, jejichž voda sloužila k pití. K tomuto účelu používané studně ve městech musely být opáreny poklopem, na vesnicích musely být studny opatřeny vědry, aby se zabránilo nabírání vody do vlastních nádob a tím tak infikování studně. Okolí studně se mělo upravit tak, aby se vyšplouchaná a

---

<sup>40</sup> Pandemický výskyt je takový, který není prostorově ohraničený. Prostupuje napříč geografickým spektrem.

zašpiněná voda nemohla vrátit zpátky do studně. Studně s okapem a prameny se měly též zabezpečit proti jakémukoli zašpinění vody a okapu.

Pokud se v obci vyskytlo onemocnění podezřelé z cholery, mělo obyvatelstvo obcí a měst užívat k pití jen vodu z řek či rybníků, avšak až po jejím převaření a vychladnutí.

Ani záchody na veřejných místech neměly být opomíjeny. Měly být pozorovány a udržovány v čistotě a alespoň jednou denně vydezinfikovány vápenným mlékem. Veřejné záchody byly velkým problémem především na vesnicích, kde se tato zařízení nevyskytovala. Proto vyšla nařízení, která prikazovala, aby byly postaveny alespoň jednoduché záchody. Pokud by to finanční situace určité obce nedovolovala, bylo povoleno vykopat na dvoře každého domu alespoň zvláštní jámu, která by se pravidelně dezinfikovala.

Pro zjištění, zda se jedná o cholera, či ne, obstarával se pro bakteriologický ústav vzorek z mrtvol. Bylo nejlepší opatřit obsah střeva z části, kde tenké střevo přechází do střeva tlustého. Ten se na obou koncích zavázal a vystříhnul. Poté se nad lahví určené k zásilce jeden konec rozvázal a vyprázdnil se do ní zajištěný obsah střev. Bylo též důležité dodržovat určitá pravidla zasílání takovýchto vzorků. Tekutina nalitá do láhve se měla opatřit pomaštěnou zátkou a dobře uzavřít. Zátka láhve se pak ještě zavázala pergamenovým papírem, nebo měchýřem; zapečetila se a obložila se vatou napuštěnou v 5% karbolové kyselině. Takto zabalená láhev se zabalila znovu do pergamenového papíru a silným provazem se zavázala a opět obložila karbolovanou vatou a umístila se do silné dřevěné nebo plechové krabice. Na zásilce se pak musely objevit všechny důležité informace o jejím obsahu, tedy co je jejím obsahem, jméno a věk infikovaného. Datum úmrtí a pitvy a samozřejmě v neposlední řadě i adresa příjemce, tedy bakteriologického ústavu ministerstva vnitra.

Osoba infikovaná cholerou měla být ve zvláštní místnosti, izolovaná od ostatních příslušníků domácnosti a vůbec od celého svého okolí. S touto osobou měli povolení přijít do styku pouze ošetřovatelé, kteří o nemocného pečovali. To bylo hlídáno a kontrolováno. Před dům nemocného byla postavena stráž (četník), aby se tak zamezilo styku s nakaženou osobou a případnému dalšímu šíření nemoci. Obdobně tomu bylo i v případě, že cholera již vypukla v celé obci. Obec či město se tak uzavřelo; na cesty vedoucí z obce nebo města se postavili četníci, jejichž povinností bylo zabránit jakémukoli šíření nemoci za jejich hranice například špinavým prádlem, obnošeným šatstvem, hadry, masem, zeleninou a ovocem....

Byt, oděv, nábytek, záchody a vše, co přišlo do styku s nemocným, muselo být důkladně vydezinfikováno vápenným mlékem nebo 10% kyselinou karbolovou. Takto



dezinfikovat se mohlo pouze pod dozorem lékaře, neboť tento sublimát byl zároveň i velmi silným jedem. Na dezinfekci dřevěného nábytku se používala 5% kyselina karbolová. Bezenné věci jako byly hadry, vycpávky lůžek atd., které infikovaná osoba taktéž používala, měly být rovnou spáleny. V neposlední řadě bylo důležité umýt stěny karbolovou kyselinou a za nějakou dobu (cca za 48 hodin), po neustálém větrání místností, mělo dojít k vybělení pokojů vápnem.

Podmínky pro pochování zemřelého na choleru byly následující: Mrtvoly se izolovaly v soukromých domech, odkud se pak v co možná nejkratší době dopravovaly do márníc, kde se ukládaly nejlépe do vysmolených rakví. Následoval odvoz na hřbitov a pochování do velmi hlubokého hrobu. Tradiční pohřební hostiny a truchlení u mrtvol se zakazovalo. Obyčej truchlících pozůstalých, kteří se vrhali na rakev a zemřelého oplakávali, byl bezpodmínečně zakázán.

## **4. Sociální nemoci**

### **4.1. Tuberkulóza**

Tuberkulóza byla tradičně největší hrozbou. V roce 1918 bylo 400 – 480 tisíc nakažených a odhadovaná úmrtnost ukazovala stále zvyšování: Čechy o 27%, Morava o 15%, Slezsko o 25%. Tuberkulóza zapříčinila vždy jednu smrt z každých 5-7 úmrtí. V roce 1921 se úmrtnost zastavila na zhruba 2% úmrtnosti populace. Úmrtnost na TBC nebyla nižší (než v roce 1918) až do roku 1923, což bylo v Čechách 48%, Morava 40% a Slezsko 50%.

Greenwood a Wolff došli na základě studia mezinárodního statistického materiálu k závěru, že nadřazeným momentem, který určuje pokles tuberkulózní úmrtnosti v kulturních státech, není postupující imunizace obyvatelstva, nýbrž že je to převážně moment sociální, zejména národohospodářský, hygienický a kulturní vzestup bohatnoucího obyvatelstva<sup>41</sup>.

Válka však způsobila velké vzednutí tuberkulózní úmrtnosti, které vyvrcholilo v roce 1918, kdy chřipková epidemie způsobila nejvyšší ztráty, které činily 48.930 osob. V následujících letech se dostavil rapidní pokles, který trval až do roku 1923. Od té doby byla úmrtnost tuberkulózou stacionární a pohybovala se kolem 27 tisíci úmrtími na celou ČSR. V Zemi moravskoslezské se celková úmrtnost tuberkulózou pohybovala na vyšší hladině a i pokles zde byl pomalejší než v Čechách. Výjimkou byl ale rok 1927, kdy byl

---

<sup>41</sup> Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desetiletí, Praha 1929, s. 113

v Zemi moravskoslezské mírný pokles úmrtí na TBC (rok 1926 7.020 úmrtí a rok 1927 6.776 úmrtí), na rozdíl od mírně stoupající tendence v Čechách (rok 1926 12.173 a rok 1927 12.439), který pokračoval až do roku 1928.

Co mohlo být příčinou toho, že tuberkulózní úmrtnost na Slovensku za války tak nestoupala jako v českých zemích? Možným vysvětlením by mohlo být to, že venkovské obyvatelstvo, které bylo převážně zemědělské, tolik netrpělo hladem jako obyvatelstvo průmyslových krajů, které bylo v českých zemích. Dalším vysvětlením by mohlo být, že tuberkulóza na Slovensku měla jiný charakter než jako choroba sociální. Důsledek nevedl k propuknutí tuberkulózy mezi lidmi, poněvadž vedle predisponujícího poválečného stavu způsobeného nedostatkem, nebyla infekce, která by onemocnění mohla způsobit.

Jak ale vysvětlit, že po válce nastal na Slovensku pokles, který jde v letech bezprostředně po válce pod hranice pravděpodobnosti stanovené na základě předválečných zkušeností? Bylo to především díky zlepšení životní úrovně, která se na Slovensku dostavila vlivem pozemkové reformy. Hlavní roli však hrály také již zmíněné faktory národohospodářské, a to více než aktivní boj proti tuberkulóze.

Nemocný byl zdrojem nákazy pro své okolí, ohrožoval je buď přímo vykašláváním chrchlů s miliony bacilů, nebo předměty denních styků (přístroje, nářadí, knihy, šatstvo atd.). Děti tuberkulózních rodičů měly zvýšenou dispozici k této chorobě a při ustavičném styku s nemocnými rodiči pak snadno podléhaly nákaze nebo ji někdy hned i přímo dědily.

Vznik tuberkulózy podporovala nedostatečná výživa, špatný vzduch, nedostatek slunce, pohlavní excesy, alkohol a neopatrnost při styku s tuberkulózními nemocnými.

V souvislosti s propagační protituberkulózní činností je nutné se zmínit i o oficiálním protituberkulózním filmu, který byl za součinnosti Masarykovy ligy proti tuberkulóze pořízen Ministerstvem veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy pod názvem „K novému zdraví“. Film pak byl Československým červeným křížem upraven i pro lidovýchové účely na Slovensku a Podkarpatské Rusi.

Tehdejší osvětové příručky doporučovaly jako obranu proti tuberkulóze následující kroky:

- 1) Tuberkulóza se přenáší hlavně vdechováním prachu nebo kapének z chrchlů, proto by se nemělo plivat na zem. Tuberkulózní lidé by měli plivat jen do plivátek s dezinfekčním prostředkem. Při kašli by se měl držet kapesník před ústy.
- 2) Neměly by se líbat tuberkulózní osoby a ony by zase neměly líbat děti. Jelikož především malé děti (kojenci) představovaly největší

nebezpečí nákazy tuberkulózou, zejména pokud byla jejich matka touto nemocí nakažená.

- 3) Každý by se měl vyvarovat používání věcí po tuberkulózních lidech a nestěhovat se do bytu po nich bez předchozí náležité dezinfekce.
- 4) Je nutné žít střdmě, vyvarovat se výstředností a hlavně alkoholu; takto ušetřené peníze by se měly spíše věnovat na jídlo. V době klidu by se měl každý zdržovat spíše ve volné přírodě než v zakouřených hospodách.
- 5) Byt by se měl udržovat čistý a dobře vyvětraný.

Lidé se často domnívali, že u dětí onemocní tuberkulózou především plíce (tedy stejně, jako tomu bylo u dospělých). To byl ve skutečnosti velký omyl! Značná část dětí totiž trpěla i tzv. skrofulosou čili krticí, což byly zduřené mízní žlázy po stranách krku. Dále TBC postihovala zejména kosti na rukách a nohách, páteř, lebku a pánev. Velmi vážné pro děti bylo tuberkulózní onemocnění mozkových plen, které obvykle končilo smrtí. Naproti tomu byl tuberkulózní zánět pobřišnice, při kterém se zvětšoval objem dětského břicha, docela snadno léčitelný. Tuberkulóza kůže byla nejčastěji pozorována v obličeji, kde tvořila zohyzďující vředy, které se velmi špatně hojily a neustále se rozšiřovaly dál po tváři.

Postupem doby došlo ke značnému pokroku lékařské vědy v rozpoznávání tuberkulózního onemocnění. Tento pokrok spočíval především v časném rozpoznání nemoci za pomoci rentgenu, čemuž však ale nejprve předcházela prohlídka pacienta lékařem, který nemoc diagnostikoval poklepem a poslechem na plicích. Tímto zjištěním bylo možné upozornit nakažené TBC, že jejich dětem, které s nimi žily ve společné domácnosti, hrozilo též nebezpečí nákazy a že bylo nutné, aby děti byly častěji vyšetřovány.

Hlavním požadavkem při léčení tuberkulózy bylo to, aby nemocní pokud možno co nejdéle odpočívali na lůžku tak, aby se plíce příliš nenamáhaly, a aby se postižené místo při dýchání šetřilo a hojilo. V sanatoriích se pak dále zvyšovala váha nemocného častějším podáváním potravy a zvyšovala se odolnost stálým otužováním těla pobytem na svěžím vzduchu.

Velkým úspěchem v boji proti tuberkulóze byl vynález očkovací látky<sup>42</sup> vyrobené z tuberkulózních bacilů, které byly po dlouhá léta pěstovány na výživných půdách, čímž docela ztratily svoji nebezpečnost a nakažlivost pro člověka. Vpravila-li se očkovací látka

---

<sup>42</sup> Problém očkovací látky proti tuberkulóze řešil francouzský lékař Calmette společně s Dr. Guerinem.

z těchto bacilů ohroženému dítěti do těla, vyburcovalo to okamžitě všechny jeho ochranné síly, které pracovaly tak, aby se zabránilo vypuknutí nákazy. Tyto očkovací látky se podávaly i novorozeným dětem, jejichž matka byla nakažena TBC.

Z tohoto je zřejmé, že boj proti TBC byl velmi dobře organizovaný, neboť díky očkování klesala úmrtnost malých dětí, ročně byly zachráněny tisíce lidských životů. Avšak i přes tyto pokroky a úspěchy tu bylo stále mnoho práce. Především bylo nutné vybudovat síť poraden, zvýšit počet lůžek v sanatoriích a ozdravovnách. V roce 1930 bylo v Československé republice 37 sanatorií s 6.500 lůžky, dále při veřejných všeobecných nemocnicích 24 speciálních pavilonů pro tuberkulózní pacienty s 850 lůžky, jedna pracovní kolonie o 20 lůžkách. Mimoto bylo k dispozici pro umístění nemocných TBC asi 2.500 lůžek ve všeobecných nemocnicích. Největším problémem byla asi absence ústavu pro léčbu tuberkulózy kůže. Lidé postižení tímto typem TBC se museli posílat na léčení do zahraničí.

## 4.2. Pohlavní choroby

Do skupiny pohlavních chorob patřila tato tři onemocnění:

**Měkký vřed** – byl nejlehčí a nejméně nebezpečnou chorobou. Za vřed se označovala ohraničená, hlubší ztráta hmoty na povrchu těla, která obvykle vznikla rozpadem chorobně změněného tkaniva. Tato změna byla způsobena tzv. choroboplodnými zárodky. Ty se usazovaly v kožním vazivu a vyvolávaly chorobnou změnu tkáně, neboli zánět. Takto napadená tkáň se rozpadala, tím vznikal vřed. Na povrchu neporušené pokožky byly choroboplodné zárodky měkkého vředu zcela neškodné.

Jakmile se jednou vřed vyvinul, šířil se pak stále nejen do šířky, ale i do hloubky, takže mohl nabýt velikosti koruny i větší. Tato okolnost však nastala jen tehdy, pokud se nemocný neléčil. Pokud se ale infikovaný podrobil řádnému léčení, během krátké doby se vřed přestal šířit a zahojil se jizvou.

Měkký vřed byl onemocnění pouze toho místa lidského těla, na kterém se objevil, přičemž zbytek těla zůstal zcela zdravý. Krev nebyla nijak nakažena.

**Kapavka** byla hnisavý, nakažlivý zánět močové trubice u mužů a sliznice pohlavních orgánů u žen. Byla způsobena zvláštními choroboplodnými zárodky (gonokoky). Na povrchu postižené sliznice se objevil hnis a ten pak vytékal u mužů z močové trubice, u žen z rodidel. Dostal-li se zárodek nebo hnis obsahující infekci na jinou sliznici, vyvolal její zánět. U měkkého vředu bylo k infikování nutné, aby byla kůže či

sliznice poraněna. U kapavky to k rozšíření nemoci nebylo nutné, stačilo jen, aby mikrob přišel do styku se sliznicí.

U žen se velmi často stávalo, že byla nákaza přenesena i mimopohlavní cestou. Stačilo jen, aby matka, která trpěla kapavčitým výtokem z vagíny, použila k očištění či osušení svých rodidel a rodidel své dcery stejný ručník. Dalším, daleko horším případem byla nákaza dítěte při porodu, kdy zárodky kapavky vnikly novorozenci do očí a tím mu způsobily těžký zánět oční spojivky, vředy na rohovce nebo nakonec i slepotu. Tomu se díky lékařskému pokroku dalo zabránit včasným vkápnutím roztoku dusičnanu stříbrného do očních spojivek.

První příznaky nemoci se dostavily zpravidla tak za 4-7 dní, kdy infikovaný začal pociťovat mírné lechtání v močové trubici, které se neustále stupňovalo až v pocit palčivosti. Poté začal z močové trubice vytékat žlutý nebo žlutozelený zahoustlý hnis.

Pokud byl nemocný správně léčen a pokud dodržoval základní hygienická pravidla<sup>43</sup>, byl zdravý zpravidla tak za 6-8 týdnů.

Kapavčitá nákaza se mohla dostat i do krve, odkud pak byla zanesena do dalších orgánů lidského těla, anebo mohla infikovat krev do té míry, že takto nakažený člověk zpravidla zemřel.

**Syfilis (příjice)** – začátek příjice se v mnohém podobal měkkému vředu. Vznik choroby vyvolal vždy mikrob (spirocheta), který se dostal do poraněné kůže či sliznice. Od měkkého vředu se syfilis lišil tím, že nezůstával jen na místě nákazy, nýbrž zachvátil celé tělo. První příznaky, kterými byla bolest hlavy, bolest v kříži a celková malátnost, se projevily až za 3-4 týdny. Tyto počáteční známky nemoci přiváděly nemocné pouze k lékařům pro vnitřní nemoci, místo toho, aby navštěvovali ambulance dermatologických klinik nebo odborné lékaře. Po 3-4 týdnech se na infikovaném místě začal tvořit syfilis v podobě tvrdého vředu. Jakmile se tento vřed objevil, nebylo již možné zabránit dalšímu postupu nemoci do krve a do těla. Dalšími příznaky byla vyrážka, nejprve ve formě pouhých skvrn na kůži a sliznicích, kterou v pozdější době vystřídaly pupence. Současně se s těmito příznaky na pokožce děly závažné změny i uvnitř těla. Bylo to zejména onemocnění jater, ledvin, očí, kostí a dalších orgánů v těle. Pokud zůstala příjice neléčena, mohla nemoc způsobit zborcení nosní přepážky či proděravění tvrdého nebo měkkého patra v ústech.

---

<sup>43</sup> Nemocný si měl 2-3x denně svůj úd omývat ve vodě a tím ho zbavovat hnisu. Velmi důležité bylo, aby si po každé takovéto proceduře důkladně umyl ruce.

Při léčení příjice bylo důležité důkladné prohlédnutí těla nemocného, odhadnutí jeho sil a stádia chorobných příznaků. Teprve na základě těchto poznatků bylo možno sestavit jistý léčebný plán, který se zpravidla lišil případ od případu.

Bylo nutné také poučit nemocné o možnosti mimopohlavního přenosu choroby. Existovala tu možnost nákazy například půjčením cigarety, pitím z jedné nádoby či používáním jedné píšťaly ve skelných hutích. Často docházelo k nakažení kojících matek syfilitickými kojenci či naopak.

Teprve válečná a poválečná doba osvětlila epidemiologii této skupiny nemocí, které se odedávna nazývaly nemocemi tajnými. Zásady zákona o potírání pohlavních nemocí z 11. července 1922 Sb. z. a n. č. 241 byly zejména: povinné léčení venericky nemocných, povinná evidence nemocných, povinné poučování, zrušení reglementace prostituce a nevěstinců, zřizování ústavů pro nápravu prostitutek a mravně porušených dívek. Aby bylo možné léčit každého nemajetného nemocného, zřizovaly se při veřejných všeobecných nemocnicích samostatná oddělení pro pohlavně nemocné, která byla řízena odbornými lékaři, dále poradny pro venerické nemoci, diagnostické Wassermannovy stanice<sup>44</sup>. Kromě toho se hradily náklady na léčení salvarsanem chudýchluetiků na Slovensku a Podkarpatské Rusi.

Proti pohlavním nemocem se prováděla soustavná výchovná akce, hlavně tiskem, putovními výstavami, rozhlasem, přednáškami, zejména na školách, dále se pořádaly kurzy pro lékaře, profesory a učitele. Pro tyto účely byl v červenci r. 1920 vydán ministerstvem školství sylabus nazvaný „Poučení o chorobách pohlavních“. Bylo vydáno 5.000 českých a 2.000 německých výtisků. Polovina nákladu byla hrazena právě ministerstvem školství a národní osvěty, druhou polovinu financovalo ministerstvo zdravotnictví. Leták byl společnou prací Dr. Ulricha a doc. Hechta. V roce 1927 pak byla vydána kniha prof. Záhoře „O lásce, manželství a dítěti“. Těchto zdravotních akcí pro nemocné pohlavními chorobami se účastnily vedle státní zdravotní správy i humanitní korporace jako Česká společnost pro potírání pohlavních chorob, Německá společnost ku potírání pohlavních chorob v Československé republice<sup>45</sup>, Německý akademický spolek pro sexuální hygienu v Praze<sup>46</sup>,

---

<sup>44</sup> Wassermannovy stanice byly laboratoře, v nichž se konaly bakteriologická, biologická a patologicko-histologická šetření.

<sup>45</sup> Společnost byla ustavena 22. listopadu 1919.

<sup>46</sup> Účelem spolku bylo pečovat o povznesení pohlavní hygieny mezi studentstvem a bojovat tak proti šíření pohlavních chorob mezi ním. Zejména chtěli zpopularizovat užívání osobní ochrany, ale přitom také neustále zdůrazňovali, že nejlepším způsobem, jakým bylo možné se vyvarovat venerických chorob, byla pohlavní zdrženlivost.

spolky Záchrana, Ochrana dívek, Armáda spásy, Boží bojovníci<sup>47</sup> a Ochrana ženských zájmů<sup>48</sup>. Tyto spolky byly každoročně finančně podporovány samotným Ministerstvem veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy. Např. v roce 1924 činily udělené subvence 242.000 Kč. Ve stejném roce již bylo v československém státě 1.174 lůžek pro léčení pohlavních nemocí, z nichž bylo 541 pro muže a 623 pro ženy, dále bylo v zemi 20 sérodiagnostických laboratoří a 27 protivenerických dispenzářů.

Rozložení ambulancí pro pohlavní choroby v republice je zřejmé z mapy č. 5. Ve zřizování nebyl žádný systém, jelikož ještě v roce 1922 chyběly ve východních, jižních a severních Čechách. Žádná taková zařízení neměla ani severní část západního Slovenska. Z celkového počtu 27 ambulancí jich bylo 16 umístěno ve třech hlavních městech: v Praze, Brně a Bratislavě. Jedinou podmínkou pro zřízení ambulancí byly volné prostory.

Zde bylo velmi zásadní, aby ministerstvo zdravotnictví úzce spolupracovalo s ministerstvem sociální péče, neboť právě toto ministerstvo mohlo odstranit příčiny prostituce<sup>49</sup> a vybudovat taková zařízení (např. i existence mateřského pojištění a řádného ohodnocení ženské práce), aby ženy nebyly doháněny těžkými sociálními poměry<sup>50</sup> k prostituci, ale aby v době svého fyzického, hospodářského nebo sociálního oslabení našly v těchto zařízeních oporu k uhájení své řádné existence.

Data získaná dvěma sčítáními (v únoru 1921 a v únoru 1926) ukazují, že v době mezi nimi došlo k rapidnímu poklesu nových infekcí pohlavních nemocí. Z tabulky jasně vidíme (viz. tab. č. 5), že úbytek infekcí přijící obnáší přes 50%, úbytek infekcí kapavkou není daleko tak značný, pohybuje se kolem 10%. Velmi rapidní byl však pokles měkkého vředu, který činil 70%. Příčinou prvotního vzrůstu bylo nesporně rozrušení manželských svazků, které nastalo během války. Je tudíž přirozený závěr, že hlavním důvodem, proč po válce nastal pokles v pohlavních infekcích, byl návrat k normálním poměrům v pohlavním životě u velké většiny obyvatelstva.

Ministerstvo veřejného zdravotnictví zhotovilo pro sčítání pohlavních nemocí v roce 1921 dotazníky, které mu měly zajistit přehled o rozšíření venerických nemocí v Československé republice. Statistika se však týkala pouze pohlavně nemocných, kteří byli

---

<sup>47</sup> Spolek vznikl odštěpením od Armády spásy v dubnu 1921. Vydával též vlastní časopis nazvaný „Naše vítězství“, který vycházel jednou měsíčně. V tomto časopise propagoval zásady zdrženlivosti od alkoholu a boj proti prostituci.

<sup>48</sup> Československá ochrana ženských zájmů byla založena 13. října 1919. Jejím účelem bylo vyvinout činnost usilující o zlepšení sociálních poměrů československých žen, pečovat o jejich kulturní i hospodářské povznesení, chránit ženy proti násilí, nespravedlnosti a vykořisťování.

<sup>49</sup> Prostituce byla tajná, která byla zákony zakázána, a reglementovaná, která byla trpěna.

<sup>50</sup> Dobové údaje nasvědčují tomu, že většina dívek a žen byla dohnána k prostituci ze sociálních důvodů. Ovšem i zde svoji úlohu hrála určitá nechuť k práci a hlavně značná poptávka ze strany mužů.

léčení v únoru 1921. Výsledky sčítání byly velmi uspokojivé. Nesmíme však opomenout, že šlo jen o případy, které byly léčeny v únoru 1921, takže musíme brát v úvahu i to, že mnohem větší počet byl těch, kteří by léčení potřebovali, neboť jich velká část k lékařům vůbec nepřišla. Vedle toho v údajích nejsou zahrnuti ani ti nemocní, kteří sice pod lékařskou kontrolou byli, avšak zrovna v únoru lékaře nevyhledali. Tabulka č. 6 ukazuje výsledky sčítací akce, kde číslo 52 udávalo procento praktických lékařů pro celou republiku, kteří se hlášení zúčastnili. Z tohoto celkového počtu připadá horší číslo již jen na Slovensko, kde spolupracovalo pouze 47% lékařů. Nejhuře podávali hlášení vyšetřující z velkých měst, a to především z Prahy. Co se týče poměru mezi infekcemi u mužů a infekcemi u žen, byli muži léčeni zpravidla čtyřikrát více než ženy. Vrchol infekcí byl ve věkové skupině 20-24 let.

Proti příjici měli lékaři Republiky československé v rukou velmi potentní léky, kdežto terapie kapavky se nemohla vykázt nějakými radikálními pokroky ve své terapeutické výzbroji. Mezi zastánci tehdejších moderních antisifilitik, jako prostředků k redukci syfilis, nebylo jednoty. Jadassohn<sup>51</sup> hájil salvarsan<sup>52</sup> jako příčinu poklesu u syfilis, Schendel se zase domníval, že zásluhu na poklesu má bismut<sup>53</sup>, jako nové antisifilitikum, jehož objevení mělo za následek pokles příjice.

Rozdíl mezi příjicí a kapavkou, pokud se tedy týká poklesu, je možno vyložit také tím, že příjice se získává v životě většinou pouze jednou, kdežto kapavka velmi často vícekrát. Zatímco ti z mladých, kteří se infikovali příjicí za války, přirozeně vypadli v dalších letech, kdy by se možná byli infikovali, nebylo tomu tak u kapavky, poněvadž kdo se jednou infikoval touto nemocí, velmi často získal infekci později zase znovu.

Např. předpisy československé branné moci vedly mužstva k tomu, aby se po souložích a po návratu do ubikací profylakticky ošetřili. Způsob jim byl ukázán, a to každému pododdělu zvlášť. Přitom bylo nutné, aby se lékař nejprve přesvědčil, zda poddůstojníci byli schopni bez chyby zvládnout celý postup a poučit tak svá mužstva. Správná ochrana před nemocí tedy vypadala tak, že se měl močením vyprázdnit měchýř, poté do otvoru močové trubice vkápnout 3% roztok albarginu a na závěr důkladně omýt pyj, žalud a předkožku tamponem, který byl namočen v sublimátu (1:1000). Někde se k dezinfekci místo sublimátového tamponu používala kalomelová mast (chlorid rtuťný), která se ale musela po

---

<sup>51</sup> Josef Jadassohn (10. září 1863 Lipsko – 24. květen 1936 Curych) byl významným německým dermatologem.

<sup>52</sup> Antisifilitikum, které bylo vyvinuto v laboratoři Paula Ehrlicha v roce 1910. Toto léčivo je známo i pod názvem arsphenamine.

<sup>53</sup> Bismut se používá v medicíně jako součást různých dezinfekčních prostředků a léků používaných při léčení žaludečních a střevních chorob.



několika hodinách smýt. Tato dezinfekce se musela provést do tří hodin po souloži, jinak nebyla účinná. Dále se při poučeních mělo zdůrazňovat, že nejspolehlivější ochranu poskytuje prezervativ, poukazovat především na neškodnost pohlavní abstinence a hlavně se vyhýbat alkoholu, který otupoval rozum a vedl zejména mladé muže do náručí prostitutek.

Profylaxe zavedená v nevěstincích neslibovala valné úspěchy, a to především z důvodů psychologických. Nevěstka neupozorňovala svého návštěvníka na potřebnost ochrany proti venerickým nemocem převážně z toho důvodu, protože se bála, aby tím nevzbudila dojem, že by mohla trpět nějakou pohlavní chorobou.

Opatření pro kontrolu zdravotního stavu nevěstek byla naprosto nedostatečná. Vyšetřující lékař mohl totiž jen velmi zřídka možnosti použít pro svoji diagnózu prostředky, které by vyhovovaly tehdejšímu stavu lékařské vědy. Prohlídky v nevěstincích se konaly zpravidla 2-3 týdně. Tak například v Praze se prohlíželo dvakrát týdně, v Olomouci třikrát týdně a v Opavě dokonce každý den. I když pak lékař nějaké onemocnění objevil a na jeho základě poslal prostitutku do nemocnice, nebylo zaručeno, že ji tam nechají až do úplného vyléčení. Značným problémem byl totiž velký nedostatek lůžek. To, co byli policejní lékaři nuceni zapisovat do zdravotních knížek nevěstek, které se podrobily nekvalitní prohlídce bez nutných diagnostických pomůcek, byla jedna z nejhorších vědeckých lží. Svým podpisem se tak lékaři spolupodíleli na nákazách, které páchaly neléčené nebo nedoléčené prostitutky<sup>54</sup>.

Průměrná doba ošetření jednoho případu trvala 8-10 dnů, což bylo vzhledem k trvání jednotlivých venerických nemocí velice nedostačující. To platilo zejména o příjici, o které bylo známo, že byla v ohromném procentu případů nedoléčena. Další příčinou toho, že se nemocní vyhýbali léčení, byl převážně strach z prozrazení.

Nejpřirozenějším vysvětlením opětovného mírného vzestupu pohlavních chorob byl zřejmě stoupající blahobyt širokých vrstev obyvatelstva, a to zejména ve městech. S růstem blahobytu stoupalo obyčejně také plýtvání potravinami, konzum alkoholu a s tím se zvětšovala také příležitost pro pohlavní infekce. Z přiložené mapy č. 6 je vidět, že největší riziko a největší šíření pohlavních chorob bylo jasně typické pro velká města, kde se soustředilo významné hospodářství země, a také pro průmyslové oblasti, zejména severozápadní Čechy. Bylo naprosto běžné, že továrenští dělníci za prací dojížděli ze vzdálenějších míst, byli ubytováni v blízkosti továren, podniků a dalších průmyslových

---

<sup>54</sup> Nejvíce nevěstek bylo ve věku od 22-24 let. Dobové záznamy ukazují, že se prostitutkami nejčastěji stávaly služby (40-50%) a tovární dělnice (20%).

zařízení. Takovéto odloučení od rodin bylo v řádech týdnů, dělník navštěvoval rodinu jen zřídka. I tento aspekt měl za následek volnější sexuální život, který tím přispěl k dalšímu šíření venerických chorob.

### 4.3. Trachom<sup>55</sup>

V roce 1920 vyslalo ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy lékařské trachomové mise do nejvíce zamořených částí Slovenska. Tam pak probíhaly soustavné odborné prohlídky obyvatelstva. Pro jejich poučování byly vydány letáky a brožury. Dokonce byl natočen speciální film „Stín ve světle (Slepý Jura)“, který znázorňoval nebezpečí trachomového onemocnění.

Jelikož se však jedná o chronickou chorobu, neosvědčil se u ní způsob, který se dá dobře praktikovat u akutních infekčních chorob. Statistika chronické nemoci značněji rozšířená, podléhající hlášení, byla vždy špatným ukazatelem pro skutečný výskyt této nemoci. Záleží totiž nejvíc na tom, jak intenzivně se v té které části státního území po nemoci pátralo. Intenzivní preventivní činnost měla vždy za následek, že se odkrývá více nemocí, které by jinak zůstaly utajeny.

Data za dobu trvání Československé republiky jsou shromážděna v tabulce č. 7. Vidíme, že směrem na východ trvala progresa ve výskytu této nemoci.

Trachomový problém existoval hlavně ve státech s méně rozvinutou společností, což bohužel nemůžeme doložit přiloženou tabulkou, jelikož dochované statistiky z Podkarpatské Rusi jsou značně neúplné.

V roce 1925 byla v nejvíce zamořených okresech Prievidza, Bánovce a Vel. Topolčany zřízena ambulatória pro postižené trachomem. Během tohoto roku jich bylo založeno 23 se 42 pobočnými stanicemi v přilehlých obcích. Ambulatória pracovala pod dozorem příslušných obvodních a úředních lékařů. Finanční náklad na zřízení, provoz a na výcvik personálu činil 430.000 Kč. Podle dochovaných zpráv se tímto podařilo zabránit dalšímu zvětšování počtu osob, stížených trachomem, a také po léčebné stránce se docílilo značného zlepšení stavu trachomosních onemocnění u obyvatelstva výše uvedených okresů.

V souhrnu lze třeba říci, že trachom byl endemickou chorobou, která se vyskytovala zejména na Slovensku a v Podkarpatské Rusi. V historických zemích byl nemocí zavlečenou, jejíž důležitost postupně ubývala v důsledku postupující civilizace nejširších lidových vrstev.

---

<sup>55</sup> Trachom je chronické infekční oční onemocnění spojivek a rohovky.

#### **4.4. Úmrtnost kojenců**

Úmrtnost kojenců je jedním z nejcennějších ukazatelů stavu zdravotnické práce mezi obyvatelstvem. Zůstává však nepopíratelným faktem, že snížení kojenecké úmrtnosti byl jedním z nejsnazších a nejbezpečnějších výsledků zdravotnické práce. Kojenecká úmrtnost měřila daleko lépe a spolehlivěji stav zdravotnické osvěty mezi obyvatelstvem, nežli úmrtnost na tuberkulózu.

Nejpřirozenějším výkladem je, že to bylo způsobeno specifickým bojem proti úmrtnosti kojenců, čili že aktivní zasáhnutí zdravotnické práce urychlilo postup v redukci úmrtnosti kojenců. Léta 1926 a 1927 zaznamenávala vzestup, který vrátil hodnoty pro kojeneckou úmrtnost do hranic, které bylo možno očekávat podle tempa předválečné zdravotnické práce.

#### **4.5. Úmrtnost při těhotenství**

Jako příčina úmrtí ženy, která podstoupila umělé přerušení, se často udával samotný umělý potrat, jako rozmáhající se zlo. Čísla úmrtnosti zvedala i horečka omladnic, což byla infekční nemoc, která postihovala ženy po porodu v důsledku zanesení jedovatých látek do rodidel. Naproti tomu na Slovensku a Podkarpatské Rusi se situace zlepšila hlavně vlivem zkvalitnění porodnické služby v nemocnicích a pozdvižením úrovně porodních pomocnic.

Čechy v této kategorii příčin úmrtí vykazovaly nejvyšší hodnoty z celého státního území. Nejedná se pouze o statistickou chybu, příčinou tu byla nízká porodnost, která měla za následek převahu prvorodiček nad ženami opětovně rodícími, což se projevilo nejen vyšším procentem mrtvě narozených, ale i větší úmrtností rodiček.

Horečka omladnic byla nesporně problémem, který se u nás zřejmě zanedbával. Svědčí tomu i srovnání s dobou předválečnou, kdy se případy hlásily přesněji než v době pozdější, což plyne ze sledování smrtelnosti této nemoci. Platí to hlavně pro země historické.

Jak vyplývá z předchozích údajů, v zemích historických horečky omladnic přibývalo, na Slovensku a v Podkarpatské Rusi se situace naopak zlepšovala.

Největším mimoústavním zabezpečením pomoci při porodu byl zákon z r. 1922. Každá obec byla povinna postarat se, aby chudé rodičky dostaly při porodu bezplatnou pomoc. Hlavní obtíží bezchybné funkce této služby bylo nestejněmorné umístění porodních pomocnic a jejich různá kvalifikace. Důsledkem nedostatečné nebo nekvalifikované pomoci při porodu bylo i to, že například v roce 1927 zemřelo v Československu 1.200 rodiček na

horečku omladnic a ostatní puerperální (poporodní) choroby. Reforma zákona o pomocné porodnické praxi poté kladla vyšší požadavky na předběžné vzdělání, prodlužovala kurz na 10 měsíců a rozšířila učební osnovu na péči o kojence po stránce praktické i teoretické. Povinná byla praxe na klinikách a kojeneckých odděleních a v poradnách pro matky a kojence.

#### 4.6. Zhoubné nádory

Postupující dobou rostla úmrtnost na maligní, tedy zhoubné nádory. Ty se staly druhou nejvíc frekventovanou příčinou smrti. Této úmrtnosti přibývalo jednak časově, jednak také od východu k západu státního území (mapa č. 7). Diagnózy byly spolehlivější na západě než na východě státu. Dalším faktem bylo to, že výskyt maligních nádorů se zvyšoval tam, kde se jednalo o věkově starší obyvatelstvo. Na rozdíl od předešlých chorob, jejichž počet onemocnění a úmrtí se postupem doby snižoval, počet lidí trpících rakovinou rok od roku neustále rostl. V roce 1921 činila úmrtnost v ČSR na zhoubné nemoci 11.871 a v roce 1928 už počet vzrostl na 16.145 úmrtí.

Ročně zemřelo v ČSR na rakovinu cca 15.000 osob. Velká část z tohoto počtu připadla na ženy, a to především na rakovinu prsu a dělohy.

**Rakovina prsu** – začíná nejprve jako malá nebolestivá zatvrdlinka v prsu o velikosti hrachu. Tato malá bulka se neustále rozrůstá a napadá vždy větší a větší část prsu, vniká do kůže, do svalstva i žeber, kde se povrchně rozpadá a proměňuje se ve vřed vyměšující hnisavou, velmi páchnoucí tekutinu.

**Rakovina dělohy** – začíná jako tvrdé zrno na povrchu čípku ve velikosti prosa, ke kterému se přidávají nové, stejně velké bulky. Ty způsobují zmohutnění a zvětšení čípku, dále se na povrchu rozpadají a vytvářejí vředy, které mají velmi tvrdé vyvýšené a nerovné kraje, vyměšují hnisavou, krvavou a páchnoucí tekutinu. Rakovina dělohy patřila k nejčastějším druhům rakoviny.

Prvními příznaky děložní rakoviny bylo krvácení po souloži, hlenovitý, hnisavý a krvavý výtok. Z počátku děložní rakovina nepůsobila bolesti, ty se zpravidla dostavily až velmi pozdě, kdy už byl karcinom plně rozšířen. To bylo přesně tím důvodem, proč se nemoc většinou zanedbala. Nemocné si totiž první příznaky neuvědomily nebo si jich vůbec nevšimly, a tudíž neměly potřebu navštěvovat lékaře.

Značný počet zanedbaných a nevyléčitelných rakovin děložních čípků měly na svědomí i porodní asistentky, na které se postižené ženy s počátečními příznaky zpravidla

velmi často obracely. Místo toho, aby porodní asistentky odkázaly pacientky na lékaře nebo kliniky pro ženské choroby, tak je uspokojovaly slovy, že to zase přejde, anebo při vyšetření rakovinu jednoduše nepoznaly a jen jim poradily vyplachování. Proto se Československý spolek pro zkoumání a potírání zhoubných nádorů obracel na porodní asistentky, aby pacientky nevyšetřovaly a přímo je odkazovaly k lékaři nebo do nemocnice. Dále spolek dával na vědomí všem ženám, které dosáhly věku čtyřiceti let, aby když se u nich objevilo krvácení po souloži, výtok či nepravidelné krvácení, neváhaly navštívit ženského lékaře nebo kliniku.

**Rakovina rtů a jazyka** – propagační materiály uváděly, že rakovina rtů a jazyka se nejčastěji objevovala u silných kuřáků. Mylný však byl fakt, že i z malých ran na kraji jazyka, které vznikaly třením o špatné zuby, se mohla vyvinout rakovina.

**Rakovina žaludku** – „*Rakovina hltanu bývá nejčastěji u pijáků kořalky. Nechceš-li na rakovinu žaludku onemocněti, jez pomalu, žvýkej dobře, ochraň se ostrého koření a alkoholu*“.<sup>56</sup> Z toho je jasně vidět, že boj proti rakovině šel ruku v ruce s protialkoholickou kampaní Československého abstinenčního svazu.

Ministerstvo pro veřejné zdravotnictví v Československé republice společně se Spolkem pro zkoumání a potírání zhoubných novotvarů a Československým červeným křížem bojovalo velmi usilovně proti rakovině. Společně se pořádaly různé přednášky, za pomoci světelných obrazů a tisku se poučoval lid o příznacích této nemoci a poukazovalo se na včasnou lékařskou pomoc.

Po čtyřicátém roce věku umíralo více lidí rakovinou než tuberkulózou. Rakovina postihovala zejména prsní žlázy, dělohu, žaludek, jícen, střevo, jazyk, rty a kůži obličeje. Objevovala se zejména u lidí mezi 40.-60. rokem. Nebyla dědičná ani nakažlivá. Propagační materiály nabádaly obyvatele Československa, aby nepodceňovali prevenci, neboť rakovina byla v počátcích choroby vyléčitelná buď včasnou operací, rentgenovými paprsky nebo radiem. Tím byli lidé podněcováni k včasným lékařským kontrolám, dříve než u nich nastal úbytek tělesné váhy a sil z pokračující choroby. Pokročilou a zanedbanou rakovinu již totiž nebylo možné vyléčit.

Propagační oddělení Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy se zabývalo i úmyslem vytvořit propagační film o rakovině.

---

<sup>56</sup> NA Praha, fond MZd, karton č. 471

#### 4.7. Křivice<sup>57</sup>

V jarních měsících roku 1938 byla provedena ministerstvem veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy antirachitická akce (pro asi 40.000 dětí), jejímž účelem byla zejména profylaxe křivice, případně její léčení. Akce byla vyhrazena v první řadě pro děti nezaměstnaných a pro děti z chudých rodin, které nepodléhaly nemocenskému pojištění. S rozdělováním protikřivického přípravku se započalo 15. února 1938. Už v tehdejší době bylo známo, že neblahé následky této nemoci nespočívaly jen v deformaci kostry, nýbrž hlavně v tom, že úmrtnost rachitických dětí byla několikanásobná ve srovnání s dětmi zdravými (děti byly velmi náchylné na katary dýchacích cest). Akce byla určena především pro kojence od 2. měsíce do 1 roku věku, případně i pro děti starší, které byly křivici již postiženy (pokud bylo ještě možné tuto chorobu léčebně ovlivnit vitaminem D).

Preparáty obsahovaly v 10 ccm olejového roztoku 50.000 jednotek protikřivického vitaminu D. Náklady na jednu lahvičku činily 7 Kč. Tento přípravek se užíval po dobu 3 týdnů po pěti kapkách denně, pak byla jeden týden přestávka a poté následoval nový třítýdenní turnus až do vyčerpání lahvičky (profylaktické účely). Pro terapeutické účely bylo dávkování následující – 10 kapek jednou denně do vyčerpání lahvičky. Po vyčerpání první lahvičky se pokračovalo po týdenní přestávce s dávkami profylaktickými, tedy 5 kapek denně tehdy, když dítě již nejevilo známky floridní (akutní) rachitidy. Při profylaktickém podávání vitaminu docházela matka s dítětem do poradny nebo k lékaři za účelem revize vždy po obou přestávkách. Pak za 14 dní po vyčerpání lahvičky. Při léčbě floridní křivice navštívila matka s dítětem lékaře poprvé po vyčerpání 1. lahvičky, další dvě kontroly byly provedeny vždy po třech nedělích.

Lékař, poradny nebo státní obvodní lékař vydal matkám ohrožených dětí vždy jednu lahvičku vitaminového preparátu s náležitým poučením a letáčkem, ve kterém bylo mimo jiné uvedeno dávkování a datum další kontroly.

Při provádění této akce se nesměl lékař omezit jen na pouhé ordinování vitaminu D, ale bylo žádoucí, aby věnoval pozornost i péči celkové hygieně dítěte a jeho výživě. Bylo nutné, aby přihlédl k poměrům, ve kterých děti žily, a upozornil na nutnost pobytu dítěte na vzduchu, na slunci, a to alespoň tři hodiny denně, na nezbytnost udržování bytu v čistotě, jeho větrání, koupání dítěte atd. Dále nesměl opomínat zdůraznit rodičům, že by strava dítěte měla odpovídat všem pravidlům správné a dobře vyvážené výživy: prvním požadavkem bylo udržení kojení, u dětí uměle živených byla nezbytná dostatečná, ale ne

---

<sup>57</sup> Křivice čili měknutí kostí – nejvážnější nemoc, která postihovala děti v kojeneckém věku.

přebytečná dávka mléka, strava bohatá na vitaminy a od pátého měsíce se již mohla podávat zelenina.

#### **4.8. Revmatismus**

Revmatismus byl mnohem častější příčinou dočasné nebo trvalé neschopnosti k práci, nežli všechny výše zmiňované choroby. Byl třikrát častější než tuberkulóza, ačkoli TBC se věnovalo téměř 50% všech léčebných opatření, kdežto na revmatismus připadalo jen 10%. Bylo tedy stále více žádoucí, aby se otázce revmatismu začala věnovat mnohem větší pozornost a dát ji čelné místo mezi chorobami sociálně důležitými. Bylo nutné hledat prostředky ke zmírnění škod touto chorobou, jelikož se tato nemoc začínala šířit stále více.

Většina nemocných si po prudkém kloubním revmatismu odnesla i trvalou srdeční vadu. Statistiky udávaly, že 40% všech úmrtí srdeční vadou bylo zaviněno revmatismem.

Revmatismus čili hostec kloubní byl buď akutní nebo vleklý (chronický). Akutní revmatismus začínal obvykle takto: postižený člověk několik dnů pociťoval nevolnost, slabost a malátnost v celém těle. Často tomu předcházela angína, poté přicházela horečka a silné bolesti v kloubech s otoky. Horečka mohla dosáhnout výše i přes 40°C. Nemocný byl nápadně bledý a silně se potil. Zánět nepostihoval všechny klouby současně, nýbrž začal obvykle v kloubech nožních a kolenních, a pak postupně přeskakoval do kloubů ostatních. Tyto příznaky netrvaly stejně dlouho, průměrně však po dobu 3-4 týdnů, v lehčích případech jen několik dnů, ale někdy se nemoc protáhla i na řadu měsíců. Prudký kloubní revmatismus býval provázen celou řadou komplikací. Nejčastějším a nejzávažnějším bylo onemocnění srdeční, dále to byly žilní trombózy, záněty plic a pohrudnice, krvácení do kůže a tvoření se uzlíků v kůži podél páteře a na kloubech. Při akutním revmatismu byly velmi často postiženy také oči, a sice zánětem duhovky a bělma.

Na vznik revmatismu měl velký vliv i druh zaměstnání. Touto chorobou nejčastěji onemocněli služky, kočí, nádeníci, ševci a pekaři, kováři, železniční zaměstnanci, tedy hlavně ti, kteří byli po namáhavé tělesné práci uhrátí a poté vystaveni prostydnutí (silné a náhlé prochlazení, když člověk promokl nebo při velké námaze zpocený ulehnu na studené a vlhké půdě, nebo prospal noc ve vlhké a studené místnosti). To bylo nejčastější příčinou onemocnění revmatismem. Není ale pochyb, že značný vliv na toto onemocnění mělo i počasí a roční období. Podle statistiky se nejvíce revmatismu vyskytovalo za studeného a vlhkého počasí, tedy v posledních zimních měsících a na počátku jara.

Prudký kloubní hostec přicházel nejčastěji mezi 15.-35. rokem, u dětí mezi 5.-15. rokem. Recidivy se však nevyhnul nikdo. Bylo všeobecně známo, že muži revmatismem trpěli mnohem více než ženy.

Léčebná opatření byla taková, že nemocný musel ležet (do té doby, dokud nezmizely horečky) v přiměřeně vytopené místnosti, měl dostávat lehkou stravu a hojnost osvěžujících nápojů, jako byla citrónová limonáda, minerální vody s ovocnými šťávami. Doplnování tekutin bylo nutné, jelikož se nemocný silně potil. Právě tato doba rekonvalescence byla pro vyléčení nejdůležitější. Obyčejně měl nemocný ležet alespoň 6 neděl. Na zotavenou měl ale počítat nejméně s 3-7 měsíci. Nedodržela-li se dostatečně dlouhá rekonvalescence, vrátila se choroba znova a v horším a vážnějším rozsahu. To pak byl pacient upoután na lůžko i na řadu neděl či měsíců.

Do lázní se mohl poslat jen takový rekonvalescent, který po prudkém hostci neprodělal už alespoň 6 neděl žádné horečky a kloubní otoky. Často se totiž stávalo, že nemocní přijeli do lázní příliš brzy po přestálém revmatismu. Choroba mnohokrát ještě nebyla dosti v klidu a v horkých koupelích a při masážích se pak onemocnění znovu objevilo, nemocný byl nucen ulehnout a lázeňská léčba pak přišla v niveč.

Proti revmatismu se bylo třeba chránit. Bylo nutné, aby si už ve školách vyučující všímali, zda děti netrpěly často angínou nebo zda nepocházely z rodiny revmatiků. Každý revmatik byl velice zimomřivý<sup>58</sup> a choulostivý vůči změnám počasí. Většinou se teple oblékal. Tím však ještě více zchoulostivěl a byl mnohem náchylnější k nachlazení. U revmatiků bylo velice důležité postupné a značně opatrné otužování, nebylo v žádném případě vhodné doporučovat revmatikům studené lázně a sprchy. Účinné bylo odrhování drsným ručníkem v teplém pokoji, nejprve suše do zčervenání kůže. Velmi efektní pak byly střídavé teplé sprchy nebo po teplé koupeli chladné až studené polévání, přičemž se stále lehce den ode dne snižovala teplota sprchy nebo vody (z 26°C až na 15°C). Čím teplejší byla koupel, tím potom mohla být studenější sprcha. Po lázni či sprše bylo vždy nutné, aby si pacient odrhnul celé tělo, aby se kůže znovu zahřála a aby bylo docíleno příjemného tepla v celém těle.

Nejúčinnějším bodem prevence v boji proti revmatismu bylo, aby se uhráté a zpocené osoby vyhnuly chladu a průvanu. Lidé se měli vyvarovat bydlení ve vlhkém, plísni a houbou prolezlém domě se špatným větráním. Též přílišná námaha a opětovné tělesné vyčerpání usnadňovalo onemocnění revmatismem.

---

<sup>58</sup> Zimomřivost pocházela ze špatného rozdělení krve na povrchu těla. Toho bylo možné zbavit se otužováním.



V úpravě stravy se neměla dávat přednost nadbytku masa, kyselých a ostře kořeněných pokrmů a těžkých lihovin. Nejzdravější byla domácí smíšená strava, která obsahovala dostatek zeleniny a čerstvého ovoce.

Vleklý kloubní hostec – tento druh revmatismu probíhá v samém počátku vlekle, postihuje klouby na končetinách. Na rozdíl od prudkého revmatismu zůstávala choroba obvykle v zachváceném kloubu a jen přeskakovala z kloubu na kloub. Někdy probíhala tato nemoc zcela bez horečky. Jindy se dostavily pouze slabé horečky při občasných prudkých záchvatech současně s otoky a dalšími změnami na kloubech, ty se všelijak pokrývaly, znetvořily a ztuhly v jisté poloze. Svaly v okolí kloubů se obvykle vytratilily a končetiny zeslábly.

Pokud se choroba vracela opakovaně vícekrát za sebou (2-3 revmatické záchvaty dělaly z lidí mrzáky) horšil se stav kloubů, častokrát až k úplnému ochrnutí. Nemocný se stával naprostým invalidou, neschopným práce, neschopným samostatného pohybu.

Vleklý kloubní hostec přicházel ve všech obdobích lidského života, ale nejčastěji kolem 40. roku, u žen hlavně v době přechodu.

Zde je též vhodné zmínit i dnu, což je také kloubní onemocnění. Dna je choroba látkové výměny. Změny na kloubech byly při dně způsobeny usazováním močanů v kloubech a jejich okolí. Klouby se stávaly topornými až k úplné ztuhlosti. Dnou trpěli více muži nežli ženy. Choroba přicházela ponejvíce mezi 35.-50. rokem života. K této chorobě byli náchylní hlavně velcí jedlíci masa a pijáci, otlí, tedy ti, kteří se málo pohybovali. Nejvíce jí byli stíženi řezníci, hostinští, sládci a myslivci.

K léčení revmatických onemocnění se používaly různé koupele, pití minerálních vod a masáže. Velkým úspěchem bylo i očkování Paulovým Cutivakcinem. Doporučovaly se solné, slatinné, parní, horkovzdušné i elektrosvětelné a sluneční lázně ve spojení s odbornou masáží. Lázeňská místa s horkými lázněmi (Piešťany), s rašelinovými koupelemi (Bělohrad, Mšeno, Budyně, Františkovy Lázně, Bohdaneč, Karlovy Vary, Luhačovice a Mariánské Lázně).

#### **4.9. Dětská obrna**

Značného výskytu doznala dětská obrna v letních měsících roku 1931. Nejvíce se vyskytovala v Zemi moravskoslezské a na Slovensku. Tato situace byla značně netypická a nabádala k bedlivosti také zejména proto, že v sousedních státech (v Rakousku a Maďarsku) nákaza dětskou obrnou vykazovala v tu dobu mimořádný vrůst onemocnění.

Dětská obrna postihovala i dospělé osoby. Zde pak ale bylo riziko mnohem větší, jelikož čím byla osoba starší, tím větší bylo nebezpečí náhlého úmrtí. Nejčastěji jí však onemocněly 2-4leté děti, spíše hoši než děvčata. Méně časté bylo toto onemocnění u dětí starších. Inkubační doba byla průměrně devítidenní. Počátek nemoci nebyl až tak charakteristický, jako tomu bylo u jiných nemocí: počátečními příznaky byla krční angína, zánětlivé změny dýchacího a zažívacího ústrojí. Horečka bývala při této nemoci mírná, pohybovala se kolem 38° - 39° a zpravidla trvala 1-2 dny. Nemocní si stěžovali na bolesti hlavy, záhlaví, bolesti v bedrech a na pocit napětí v šíji. Při těchto příznacích a slabé horečce se postižený cítil značně vyčerpaný, míval úzkostný výraz ve tváři a často i nápadně bílý pruh kolem úst. V tomto stádiu bylo však možné ještě celkem úspěšně zakročit včasnou a vhodnou lékařskou pomocí, a to tím, že se nemocné osobě vstříklo sérum rekonvalescentů nebo sérum zdravých rodičů. Avšak pokud se již obrna svalstva, končetin, trupu, šíje dostavila, bylo použití séra bezúčelné. U těžkých případů se objevila zpravidla nejdříve obrna svalů krčních, takže hlava klesala na stranu, vpřed i vzad. Častokrát docházelo k obrně svalů trupu a břicha, to pak nemocnému bránilo se nadzdvihnout a postavit se zpříma. Někdy se stávalo, že obrna postihla všechny končetiny, zpravidla se však omezila na dolní končetiny, nebo jen na určité svalové skupiny, buď pažní nebo nožní. Pokud obrna zasáhla mozkové nervy, takto postižení zpravidla šilhali, měli porušenou řeč a polykání.

Veškeré obyvatelstvo bylo tudíž okresním úřadem upozorňováno, aby krčním angínám, zejména angínám u dětí, věnovalo zvýšenou pozornost. Dále bylo považováno za důležité, aby byl v každém případě volán lékař a aby se s dětmi nechodilo na návštěvy. Nedoporučovalo se ani brát děti po dobu 6ti týdnů do veřejných místností. Školou povinné, zdravé děti z postižených domácností měly po dobu 3 neděl po odvezení nemocného příslušníka rodiny zakázáno docházení do školy. Též děti školu dosud nenavštěvující měly být v rodině izolovány tak, aby se nestýkaly s jinými dětmi a nemohly tak ohrozit jejich zdraví. Za jedinou správnou ochranu proti dětské obrně byla pokládána důkladná dezinfekce ústní dutiny, tedy každodenní čištění zubů a používání doporučených dezinfekčních tabletek a kloktání 1% roztoku kysličníku vodičitého. Nežádoucí byla cukrátky a nevětrané a přeplněné místnosti.

Zvláštní pozornost měla být věnována běžné dezinfekci u postele nemocného. Tak například zbytky jídla po nemocném bylo nutné spálit, nádoby a přístroje sterilizovat nebo dezinfikovat, prádlo, ručníky, kapesníky se musely vyvážet nebo alespoň namáčet do

dezinfekčního roztoku. Po překonání nemoci bylo velmi důležité provést závěrečnou dezinfekci celého bytu formalinem.

## **5. Péče o venkov**

### **5.1. Hygiena ve venkovských oblastech**

Na rozdíl od měst, kde byl význam hygieny chápán mnohem vážněji, bylo zapotřebí vysvětlit důležitost zdravotní osvěty i v oblastech agrárních a periferních. To zahrnovalo nejen okrajové části měst, ale hlavně vesnická sídla. Zde se ve velké míře chovala užitková zvířata, proto v těchto oblastech hrozily nemoci ve větší míře, než v oblastech městských.

Propagace spočívala především v tom, že byly na venkově pořádány schůze se zdravotnickými přednáškami. Náklady na pořádání osvětového týdne konaného například ve dnech 2. – 9. dubna 1933 byly asi 8-10 tisíc korun. Jednalo se však výhradně jen o výlohy spojené s tiskem přednášek a sylabů.

V rámci propagace zdraví obyvatelstva na venkově se pořádaly osvětové přednáškové schůze, na kterých mluvili povolání řečníci. Poukazovalo se zde na nutnost péče o zdraví, pojednávalo se o infekčních nemocech a o prostředcích k jejich zabránění.

Dále byl uvolněn příspěvek ve výši 100.000 Kč na poskytování podpor na léčení drobných zemědělců a jejich rodinných příslušníků. Důvodem k tomuto opatření byly statistiky, které vykazovaly nápadně velkou úmrtnost, zejména na tzv. sociální nemoci (jako byla TBC, pohlavní choroby, alkoholismus, choroby srdeční a revmatismus) a na značnou úmrtnost kojenců.

Bylo to z toho důvodu, že zdravotní poměry zemědělského obyvatelstva byly daleko nepříznivější než u příslušníků jiných povolání. Příčina byla zejména v horší kvalitě bydlení, ve špatné kanalizaci a většinou v závadné pitné vodě a velmi nízké životní úrovni. A to především díky malým ziskům ze zemědělské práce. Drobný zemědělec ze svého výnosu sotva uživil sebe a svou rodinu. Lékařská pomoc a léčení poskytovaná bez nemocenského pojištění, jemuž samostatní zemědělci nepodléhali, byla drahá. Jestliže pak zemědělec nebo člen jeho rodiny onemocněl a potřeboval léčení (trvající delší dobu), znamenala tato okolnost většinou zhroucení celé rodiny. Náklady na léčení v nemocnici a v domácnosti dosahovaly takové výše, že se rodiny samostatných malozemědělců jejich zaplacením většinou hospodářsky totálně zničily.

Nebylo se pak čemu divit, že byl lékař, mnohdy z obavy před velkými výlohami (léčebné výlohy, jízda lékaře a ztracený čas v chápání rolníků), volán k nemocnému až

na poslední chvíli, anebo vůbec ne. Tím se zpravidla způsobilo zanedbání nemoci, její prodloužení, či v nejhorším případě i předčasná smrt.

Proto předním úkolem Spolku péče o zdraví venkova se sídlem v Praze bylo především povznesení zdraví venkovského lidu a pomáhat peněžními podporami na léčení. Sami by vzhledem ke svým hospodářským a rodinným poměrům nebyli schopni, bez ohrožení své hospodářské existence, podniknout z vlastních prostředků nezbytně nutnou léčbu své nemoci.

Spolek se tedy snažil pomáhat hlavně těm, na jejichž práci závisela výživa rodiny a další chod hospodářství, jakož osobám mladým nebo s počínající vážnou chorobou, kde včasné léčení mohlo přinést žádoucí výsledky.

Je známo, že tyto akce výrazně přispěly ke zlepšení zdravotního stavu osob.

## **5.2. Zdravotně-sociální prevence na venkově**

Základním principem byly poradny pro jednotlivé sociální choroby, vedené pokud možno odborníky. Poradenský systém byl rozvětven podle místních potřeb do zdravotních obvodů celého okresu, kde obvodové poradny byly vedeny praktickými nebo obvodními lékaři.

Avšak ani takto pojatý ústav zorganizovaný do správy okresů nemohl zpracovat terén 60-80 tisíc obyvatel. Nebylo totiž možné, aby při takovém počtu obyvatel měl lékař v evidenci zdraví každého jedince. Zdravotně sociální poradny měly sloužit v první řadě k tomu, aby chránily zdravé před chorobami: jednak poučováním, jednak prohlídkami, aby ve zdánlivě zdravých odkrývaly dřímající choroby a jedince tak upozorňovaly, jak si mají zachovávat životosprávu, aby choroba nevypukla. Tedy nikoliv léčba, nýbrž předcházení chorobám byl hlavní úkol takovýchto ústavů. Bylo tedy nutno pečovat o zdraví každého jedince a tím i o zdraví celého národa. Z tohoto vyplynula nutnost zúžit okresek zdravotně sociální prevence a celou péči tak decentralizovat do menšího kruhu.

Za základní kámen Státní hygienické správy ČSR se považoval zdravotní obvod, který čítal průměrně 5 až 10 tisíc obyvatel. Na Podkarpatské Rusi až 15 tisíc obyvatel. Obvodní lékař pak měl být vzdělán nejen klinicky, ale i na poli sociálně zdravotním. Tak se měl zlepšit jeho přístup k pacientům, pochopení sociálních potřeb obyvatelstva atd.

Různými prohlídkami by tak zachytil zdravotní stav před sňatkem, v těhotenství, po porodu, dětí školního a předškolního věku, dospívající mládeže a dále by podchytil choroby v rodině atd. Rodinnou prevencí by zasáhl i do škol, do sportovních a tělocvičných jednot, a

tak by se stal obvodní lékař na venkově zároveň školním i sportovním lékařem a rádcem ve všech oborech zdravotní prevence.

Měl-li se tedy státní obvodní lékař věnovat vedle zdravotní policie a hygieny obvodu i zdravotně sociální prevenci, pak ale nebylo možné ho oceňovat tak zahanbujícím honorářem 8.000-10.000 Kč ročně. Proto obvodní lékaři museli hledat hlavní zdroj příjmu a zajištění existence své rodiny v privátní praxi, tedy pokladenské. Velmi nutným požadavkem byla úprava finančních prostředků tak, aby se mohl aspoň půl dne věnovat práci v obvodním ústavě zdravotně sociální péče.

Počítalo se s platem pro obvodního lékaře cca ve výši 20.000 Kč ročně. Zásadním sociálně zdravotním požadavkem byla též reorganizace léčebné péče, zvláště pak pokladenské. Hlavním úkolem bylo zreorganizovat nemocniční systém tak, aby byl dostatečný počet odborných oddělení při větších nemocnicích. Scházela totiž oddělení pro tuberkulózu, pro kojence, děti předškolní a školní a zejména oddělení pro dětskou TBC.

### 5.3. Boj proti infekčním nemocem na venkově

Základem boje proti epidemickým chorobám byl zákon č. 67 z roku 1913, podle něhož podléhaly povinnému hlášení tyto choroby (jinak v Československé republice byly v platnosti a účinnosti dva zákony upravující boj proti nemocem, a to pro západní země z r. 1913 o boji proti nakažlivým nemocem a pro východní země uherský zdravotní zákon z r. 1876):

Spála	Mor
Záškrt	Návratný tyf
Břišní tyf	Malomocenství
Úplavice	Trachom
Epidemické ztrnutí šíje	Žlutá zimnice
Horečka omladnic	Sněť slezinná
Skvrnitý tyf	Ozhřivka
Neštovice	Vzteklina
Asijská cholera	

Nákazou podezřelé předměty nesměly být vyňaty z dezinfekce nebo ze zničení a nesměly být odstraněny z bytu, a to do té doby, než se vykonala všechna opatření.

Přiměřená náhrada byla dána za předměty, které byly podle předpisů podrobeny úřední dezinfekci a při tom poškozeny takovým způsobem, že jich již nemohlo být použito k jejich určené potřebě.

Dle § 1 zák. ze 14. IV. 1933 a min. nař. ze dne 17. XII. 1927, 24. I. 1920, 14. IV. 1920, 10. XI. 1927 se vztahovala ohlašovací povinnost na tyto nakažlivé nemoci: neštovice, cholera, mor, skvrnivka, spála, záškrť, epidemický zánět mozkových blan, úplavice, tyfus břišní, sněť slezinná, ozhřivka, vzteklna, lepra, žlutá zimnice, zvratný tyfus, trachom, horečka omladnic, malárie, varicella, chřipka, dětská obrna, letargický zánět mozku a paratyf. Podle zákona z r. 1922 podléhala hlášení ještě kapavka, měkký vřed a syfilis.

Epidemický zákon obsahoval ustanovení:

- 1) o zjištění nemoci
- 2) o opatření, aby nemoci, které se oznamují, byly zamezeny a potlačeny
- 3) o náhradách a zpravení nákladů
- 4) o trestech
- 5) ustanovení všeobecná

Zjištění nemoci: Šlo-li o onemocnění, nebo o úmrtí na některou z uvedených nemocí, nebo při podezření z takové nemoci, muselo se učinit oznámení starostovi obce, v jejímž obvodu se nemocný nebo z nemoci podezřelý zdržoval, nebo nastalo-li úmrtí, a to písemně, ústně, telegraficky nebo telefonicky.

Po každém oznámení, vzniku nemoci i podezření z ní, měly příslušné úřady zavést vyšetřování, aby nemoc i její původ byly zjištěny. Aby byly zjištěny zárodky nemocí, mělo se využít odborných výzkumných ústavů, jako byly bakteriologicko-diagnostické stanice, jichž bylo tehdy v republice 12.

Opatření, aby nemoci, které podléhaly povinnému hlášení, byly zamezeny a potlačeny, byla hlavně izolace a dezinfekce. Pak sem patřila jiná opatření, jako omezení užívání lázní, záchodů, úprava prodeje potravin atd.

Léčící lékař po zjištění některé z výše vyjmenovaných nakažlivých chorob a stanovení určité diagnózy, musel ihned při převzetí nemocného do svého ošetřování učinit oznámení starostovi příslušné obce, v němž sděloval, že dal nemocného odvézt do nemocnice, nebo ho ponechal doma v léčení.

Opatření, která dovolovala ponechání nemocného v domácím léčení či izolaci a karanténu dalších členů rodiny, nařízení ve školách a jinde, se prováděla obyčejně velmi opožděně, v nejlepším případě pátý až šestý den po vypuknutí nemoci. Jako doklad by bylo vhodné uvést epidemii záškrty a spály, která vypukla na severním okraji Prahy a v jejích přilehlých vesnicích. Ta doznala neobyčejného rozšíření jenom proto, že obecní úřady velmi liknavě podávaly hlášení ošetřujících lékařů okresnímu úřadu, takže tento úřad mohl zakročit teprve až tehdy, když již bylo záškrtem a spálou postiženo několik desítek dětí.

Veškerá služba byla organizována ve zvláštním infekčním oddělení ústředního zdravotního úřadu – fyzikátů – v čele s jedním fyzikem a fyzikátními lékaři a úředníky, kteří byli tomuto oddělení přiděleni.

Hlášení infekčních chorob prováděli ošetřující lékaři tím způsobem, že vyplnili úřední formulář, který zaslali fyzikátu, kde na zvláštní mapě referent pro infekční choroby vyznačil, v které ulici se jaká choroba objevila. Formulář byl prostřednictvím zdravotních dozorců ihned předán příslušnému okresnímu lékaři. Šlo-li o onemocnění dítěte školního věku, oznámilo se jeho jméno a choroba příslušnému okresnímu školnímu lékaři. V celé řadě okresů bylo dojednáno, že ošetřující lékaři hlásili ihned po zjištění nemoci chorobu a jméno nakaženého telefonicky příslušnému okresnímu lékaři a také lékaři školnímu, takže bylo možno učinit příslušná opatření v mnohých případech ještě téhož dne.

Úřední i školní lékaři pak pátrali po původci infekce, o čemž poté vyplnili epidemiologický protokol, který zaslali fyzikátu, mezitím prováděli opatření v rodinách v dohodě s ošetřujícími lékaři, schvalovali ponechání nemocného doma po předběžné izolaci a v neposlední řadě učinili všechna zákonná opatření, popřípadě zařídili převoz nemocného do infekčních nemocnic; u členů rodiny nařídili opatření preventivní a samozřejmě zařídili i opatření ve školách, v podobě uzavření tříd, jejich dezinfekce a omezení společenského života školních dětí mimo školy. Ve velkém měřítku provedli imunizaci školních dětí proti záškrty, velmi rigorózně postupovali při objevení onemocnění tyfem a při všech infekčních chorobách.

Takovýmto účelným organizováním se zlepšil a snížil počet především dětských infekčních chorob – záškrty a spály.

Úkolem obvodního lékaře po oznámení infekční choroby mělo být:

- 1) Okamžitě navštívit nemocného, překontrolovat hlášenou diagnózu a v pochybných případech, zvláště u diftérie, odebráním vzorku hlenu, u tyfu

odebráním krve nebo stolice, a tak si ověřit diagnózu v bakteriologické stanici příslušného okresu.

- 2) Na základě přesné diagnózy v dohodě s ošetřujícím lékařem zařizovat izolaci nemocného, karanténu členů rodiny nemocného, průvodní dezinfekci, preventivní očkování členů rodiny jako při diftérii, zdravotní opatření v okolí nemocného, ve škole apod. V případech, kdy se nedalo provést izolování nemocného doma, zařídit převoz nemocného do nemocnice.
- 3) Po skončení choroby se provádělo dodatečné vyšetření nemocného za použití bakteriologických zkoušek. Zrušila se izolace a propustil se nemocný z domácího léčení. Obvodní lékař měl právo uzavírání škol po dodatečném souhlasu okresního úřadu a následně učinil i hygienická opatření ve vesnicích, v hostincích, v obchodech, zvláště v obchodech s potravinami, uznal-li to za vhodné.
- 4) Každý úřední lékař<sup>59</sup> při své úřední návštěvě nemocného rozdával ošetřovateli nemocného tištěné poučení. Měl právo, když to uznal za vhodné, nařídit imunizaci členů rodiny sérem, zvláště při diftérii, spále nebo tyfu.
- 5) Vedl veškerý profylaktický boj proti infekčním chorobám ve svém obvodu za součinnosti úřadů, sociálně zdravotních institucí, organizoval profylaktická očkování proti infekčním chorobám. Sem spadalo provádění preventivního očkování proti záškrtu Ramonovým anatoxinem. Státní obvodní lékař za tímto účelem ve všech vesnicích svého obvodu a za součinnosti učitelských sborů, obecních školních rad, osvětových odborů, rodičovských sdružení a sociálně-zdravotních institucí uvedl v život zvláštní výbor pro provádění preventivního očkování proti záškrtu. Tento výbor obstarával očkovací látku a obvodnímu lékaři hradil náklady vzniklé s očkováním ve smyslu ustanovení lékařských komor, ministerstva zdravotnictví a odborových lékařských organizací. Dohlížel na to, aby byly očkovány pokud možno všechny děti mezi prvním až šestým rokem a nemělo se zapomínat ani na poučení rodičů. Mělo se též dbát na to, aby i děti starší 6ti až 10ti roků byly podrobeny tomuto očkování.

Rozbory hlenů se prováděly v bakteriologických stanicích, kam zasílali vzorky ošetřující a obvodní lékaři ve zvláštních nádobkách, které k tomu účelu byly standardizovány státním

---

<sup>59</sup> Lékaři byli dvojího typu: **úřední lékaři**, kteří se zabývali spíše preventivní službou, a **praktičtí lékaři**, jejichž povoláním byla přímá péče o nemocné.



zdravotním ústavem v Praze. Bakteriologické stanice prováděly vyšetřování krve, stolice a všech výměšků. Na základě toho se pak urychleně stanovila diagnóza a ta se poté telefonicky nebo jinak sdělila příslušnému ošetřujícímu nebo obvodnímu lékaři. Tyto stanice, v dohodě s obvodními lékaři, prováděly výzkum potravin, výzkum a kontrolu pitné vody.

Po izolaci infekčního nemocného v nemocnici se ihned prováděla v jeho bytě konečná dezinfekce, při níž se zvláště přihlíželo k dezinfekci jeho lůžka, propaření prádla a šatstva a k vymytí místnosti. Z chemických dezinfekčních prostředků se dávala přednost odoritu, jež se připravoval rozpuštěním 52 částí čistých kresolů ve 48 částech sodnatého mýdla. Odorit se používal k dezinfekci rukou v 1% roztoku a k dezinfekci předmětů ve 2% roztoku. Vedle odoritu se používalo též lysolu a lysitolu v 1-3% roztoku, sublimátu v 1% roztoku, hydrargyrum oxycyanatum v 5‰ roztoku, vápenného mléka, chlorového vápna, sody a mazlavého mýdla. Při dezinfekci vlasů se používalo hlavně petroleje.

Opatření v rodinách a bytech, v nichž se vyskytla infekční nemoc, byla prováděna obvykle tak, že obecní úřady, a to ne ještě všechny, měly dezinfekční lampy, které propůjčovaly do rodin po skončení infekční choroby. Zde někdo z rodiny, neodborně a bez jakékoliv znalosti a vědomosti, provedl dezinfekci. V důsledku toho neměla tato dezinfekce žádnou cenu, poněvadž zvláště postele a ložní prádlo a všechny věci, s kterými nemocný přišel do styku, se nedezinfikovaly. Z toho důvodu bylo nutné, aby dezinfekce po skončení nemoci byla prováděna v každém bytě zvláštním zřízencem, který měl k tomuto účelu předběžné vzdělání a praxi.

Do organizovaného boje proti infekčním chorobám patřila také zdravotní výchova dětí ve školách a také výchova ostatních občanů. Zde připadal úkol úředním lékařům, na venkově státním obvodním lékařům, kteří museli vést zdravotní výchovu v celém svém obvodu pomocí výstavek, přednášek, shromáždění a různých představení. Pečovali tedy o to, aby tato výchova byla pozitivní, názorná a plánovitá. Týden Péče o zdraví venkova<sup>60</sup> se konal ve znamení boje proti infekčním nemocem. Anketami a přednáškami se v tomto týdnu předvedlo, jak by se měla tato výchova provádět, aby ty čtyři vlastnosti, které jsou zmíněny výše, doznaly svého významu v omezení množství chorob a jejich následků. Spolek tedy působil na povznesení venkova zejména po stránce sociálně-zdravotní.

---

<sup>60</sup> Každoročně uspořádal hromadnou propagační akci ve všech vesnicích, která upozorňovala venkovany na důležitost péče o vlastní zdraví a ochranu před nákazou od lidí a zvířat. Záměrně bylo počítáno s týdnem před Velikonocemi, kdy se prováděl jarní úklid v domácnostech. Do všech obcí byly rozeslány propagační plakáty, nechyběla ani propagace v časopisech a v zemědělském rozhlasu.

Osobám sociálně slabým, hlavně pak postiženým a stíženým nějakou chorobou, pomáhal, aby opětovně nabyli zdraví. Přispíval k řešení bytové kultury lidského obydlí a jeho okolí, a to zvláště péčí o zdravou vodu, kanalizaci a čistotu obcí. Nejenže bojoval proti všem nakažlivým chorobám, ale pečoval i o zlepšení výživy venkovského lidu v duchu nových lékařských výzkumů. Spolek péče o zdraví venkova se nažil působit osvětově především pořádáním různých přednášek, anket, sjezdů, kurzů a výstav, rozhlasem, filmem i divadlem, vydával poučné spisy, propagační plakáty a letáky z oboru hygieny venkova a šířil své snahy pomocí časopisů, nechybělo ani poskytování odborné pomoci venkovanům a zřizování ústavů zdravotní péče a ozdravoven pro venkovský lid a budování útulků pro staré lidi.

Záškrt, spála, břišní tyf, tyf skvrnitý, dětská obrna, epidemický zánět mozkových blan, horečka omladnic byly na ústupu. Zvláště velmi rapidní pokles byl zaznamenán u diftérie (zejména ale v Čechách a Zemi moravskoslezské). Na východě státu, zvláště na Podkarpatské Rusi, záškrt doznal ještě rozšíření, rovněž i spála a tyfus. V západních zemích byl již patrný vliv organizovaného boje (prováděním rajonizace) proti infekčním chorobám a sice hlavně u diftérie.

Péče o zdraví venkova by nebyla úplná, kdyby se nezabývala obranou člověka před chorobami, které vznikají stykem se zvířaty. Byly to nemoci nakažlivé a na člověka přenosné. Byli jimi ohroženi lidé, kteří ošetřovali, čistili, krmili a napájeli nemocná zvířata anebo s nimi pracovali. Avšak nejen kontakt s živým, ale i s mrtvým zvířetem nebo s jeho produkty, zvířecími surovinami pocházejícími z nemocného zvířete, mohl přivodit přenesení nakažlivých onemocnění ze zvířete na člověka.

Byly to choroby poměrně velmi nebezpečné, ohrožující lidské zdraví a končící někdy i smrtí. Nejvíce jimi byl ohrožen zemědělec a jeho rodina, jelikož byli v neustálém styku se zvířetem, dále osoby v zemědělství zaměstnané, jako kočí, ošetřovatelé dobytka, děvečky, dojiči atd.

Mezi tyto nejvíce nebezpečné choroby patřila sněť slezinná, ozhrívka, vzteklina, slintavka, kulhavka a tuberkulóza. Také vlnivá horečka neboli brucelosa, jež má svůj původ v nakažlivém zmetání skotu. Jinou skupinu tvoří choroby, kde se přenos děje masem ze zabitých zvířat. Sem patří červenka vepřového bravu a parazitní onemocnění způsobovaná tasemnicemi a trichinami. Kožní choroby jako plíseň, herpes tonsurans, favus, onemocnění kožní vyvolané roztoči (svrab) a onemocnění způsobované měchožilem.

Tlumení těchto nakažlivých nemocí zvířat na území republiky se dělo v Čechách a Moravskoslezské zemi podle zákona o nákazách zvířat z r. 1909, na Slovensku a v Zemi podkarpatoruské podle zákonného článku VII. z r. 1888. Veterinární předpisy uvedených zákonů téměř potlačily obávanou ozhřivku koní a omezily značně sněť slezinnou, vzteklinu a jiné nakažlivé nemoci zvířat.

Bylo však také nutné nepřipustit dovoz z ciziny, nebo ho omezit na nejnutnější míru. Nemělo by smysl tlumit nákazy uvnitř státu, kdyby docházelo k neustále novému zamořování státního území z ciziny. Nejlepším příkladem byla slintavka a kulhavka. Od srpna 1934 bylo území ČSR bez slintavky a kulhavky.

Pokud nebylo možné obejít se z důvodů chovatelských nebo zásobovacích bez cizozemského dovozu, doporučovalo se povolit dovoz jen ze zemí se spořádanou veterinární správou, která mohla zaručit zdravotní nezávadnost dováženého zboží. Tato nezávadnost musela být prokázána průvodními listinami, vystavenými úředními zvěrolékaři ze země původu. Zvířata a zvířecí suroviny neměly být dopravovány dříve do vnitrozemí, pokud pohraniční veterinární prohlídkou nebyla zjištěna jejich naprostá nezávadnost. Bylo proto třeba, aby byly řádně vybudovány pohraniční vstupní stanice.

Ve vnitrozemí bylo nutné zachovávat veterinární opatření při vyskytnutí jednotlivých nálezů. K tomu patřilo též získání porozumění chovatelů. Ti neměli považovat veterinární opatření za zlo, které by se mělo nějakým způsobem obcházet, nýbrž za nutnost, která sice omezuje na čas jeho hospodářskou svobodu, ale přispěje tak k rychlému utlumení nákazy a zamezení šíření nákazy mezi chovy jeho sousedů. Čím lepší byla informovanost chovatelů o zlovolnosti nakažlivých nemocí a o hospodářských škodách, které působily, a o nebezpečí přenosu na lidi a na obsluhující personál a jeho rodinu, tím spíše byl pak ochotný spolupracovat.

Chovatele a ošetřovatele zvířat bylo třeba upozorňovat, aby byli zvláště opatrní při styku s nemocnými zvířaty. Měli si uvědomit, že na rukou a holých částech těla zůstávalo při styku s nemocným zvířetem a jeho produkty mnoho choroboplodných zárodků, jež se mohly přenést do povrchných ran a odřenin, nebo na oční a nosní sliznici, do úst a tím i do zažívacího ústrojí. Proto řádné omývání rukou mýdlem či dezinfekčními prostředky po styku s nemocným zvířetem mělo být pravidlem. Zvláště před každým jídlem se mělo omývání věnovat s velkou pečlivostí. Aby ošetřovatel zamezil potřísnění oděvu nakažlivinou, bylo třeba, aby pro pobyt ve stáji použil svrchního pracovního oděvu nebo alespoň zástěry. Důležité bylo, aby chovatelé a ošetřovatelé zvířat byli informováni o

nutnosti ihned vyhledat lékařskou pomoc, kdyby se vyskytlo podezřelé onemocnění u osob, které byly ve styku s nemocným zvířetem.

Většina nálezů přenosných na člověka patřila mezi nemoci, jež byl chovatel povinen oznámit obecnímu úřadu, zpozoroval-li příznaky těchto chorob u svých zvířat.

Výchova zemědělců se děla jen velmi pomalu a postupně. Účinným prostředkem však byla názorná výchova, která nástěnnými obrazy informovala o příčinách nakažlivých nemocí zvířat, o možnostech přenesení na člověka a poučovala o způsobu obrany.

Prohlídka dobytka a masa nebyla řádně upravena zákonem a bylo proto třeba, aby byl co nejdříve vydán zákon o prohlídce jatečných zvířat a masa. Jelikož jateční prohlídky byly jedním z nejdůležitějších úkolů, bylo nepřijatelné, aby se infikované maso dostalo k lidem, a ohrozilo tak jejich zdraví.

**Sněť slezinná (antrax)** je nemocí, která vyvolává velké ztráty mezi hospodářským zvířectvem. Zárodek se udržuje v zamořené půdě po dlouhá léta. Sněť slezinná se vyskytuje nejčastěji ve spojení s krmením píce ze zaplavených luk v povodí řek, do kterých se sváděly odpadní vody z koželužen nebo jiných podniků, které zpracovávaly zvířecí suroviny. Aby nebyla půda infikována zakopáváním mrtvol zvířat, která uhynula snětí slezinnou, doporučovalo se jejich zničení ohněm. Antrax se na člověka přenáší stykem s nemocným zvířetem, při jeho porážce, při odstraňování zdechlin, stykem s infikovanými zvířecími surovinami či při jejich dopravě a zpracování. Přenos se děje infekcí ran na holých částech těla nebo v menší míře požitím masa z nemocného zvířete. Statistika infekcí lidí za rok 1927 uvádí 211 případů, z toho 22 skončilo smrtí. V roce 1935 tak u nás onemocnělo již „jen“ 56 lidí, z nichž 3 zemřeli; počet onemocnění byl rok od roku menší.

**Vzteklina** u člověka vzniká zpravidla pokousáním vzteklým psem, nebo zraněním od jiného vzteklého zvířete. Přísná veterinární opatření (ve spojení s ochranným očkováním psů) způsobila, že vzteklina neustále ubývala. V Československu bylo ročně preventivně očkováno proti vzteklině 35.000 zvířat. Oproti 3.132 případům vztekliny u psů v roce 1922 vykazuje veterinární statistika z roku 1934 jen 205 případů na celém státním území. O úspěšnosti léčebného očkování svědčilo, že v pražském Pasteurově ústavu bylo očkováno v letech 1919-1929 21.659 osob, z nichž 34 zemřelo vzteklinou, tj. pouze 0,157%. Nejdůležitější věcí při pokousání osob vzteklým zvířetem je včasné lékařské ošetření.

Za účelem úspěšného tlumení vztekliny a k ochraně poraněných osob se měl hlásit každý případ pokousání osob domácími zvířaty, hlavně psy a kočkami, a to i zdánlivě zdravými. Udání laiků, že bylo zvíře zdravé, nebylo vždy zcela spolehlivé. Již v době

inkubace, dokud nebyly vyvinuty ještě žádné příznaky onemocnění, a zvíře bylo zdánlivě zdravé, mohla být slina zvířete infekční. Bylo v jednotlivých případech zjištěno, že až 8-10 dnů před vypuknutím prvních příznaků choroby se u zvířete objevuje virus schopný infekce. Proto bylo důležité, aby takovéto zvíře bylo vždy vyšetřeno zvěrolékařem a dále sledováno, zda u něj nevypukly příznaky vztekliny, aby se pak mohla včas provést ochrana poraněných osob a aby se tak zabránilo přenosu nákazy.

V době vývinu choroby byla nákaza vztekliny obsažena ve slině zvířete ve značném množství, byla zvlášť virulentní a stačila jen malá oděrka kůže způsobená zubem nebo drápem znečištěným slinou anebo poslintání poraněné kůže a osoba byla infikována touto nemocí. Aby se zabránilo vzniku infekce vzteklinou u poraněné osoby, bylo důležité, aby rána byla včas a účelným způsobem ošetřena. Ošetřila-li se rána nejdéle do čtvrt hodiny po zranění, bylo možné s velkou pravděpodobností nemoci zabránit. Pro případ první pomoci se doporučovalo nechat ránu silně krváčet v teplé vodě. Zde se pak předpokládalo, že se krvácením mohla infekce vyplavit. V každém případě však bylo nutné odkázat poraněnou osobu k nejbližšímu lékaři, který měl ránu řádně ošetřit. Nejlepším způsobem ošetření bylo vypálení rány (termokauterem, pokud nebyl po ruce, tak větší paličkovitou sondou nebo železem) nebo její vyleptání (nejlépe kyselinou dusičnou) či vyříznutí. Čím déle se s návštěvou lékaře a ošetřením rány otálelo, tím menší byly vyhlídky na časné uzdravení. Žádný lékař, který měl potřebné prostředky po ruce, nesměl odmítnout ošetření poraněné osoby, ať to bylo z jakýchkoli důvodů (např. osoba nemajetná atd.).

Ačkoliv mohlo včasné a účelné ošetření rány zničit aspoň částečně virus vniklý do rány, a tím snížit nebezpečí infekce, popř. infekci zcela vyloučit, v praxi to však nestačilo. Nebylo možné infekci bezpečně zabránit. Proto bylo žádoucí, aby se každá osoba, která byla poraněná vzteklým zvířetem nebo ze vztekliny podezřelým, podrobila co nejrychleji ochrannému očkování (antirabickému léčení) v Pasteurově ústavu.

Inkubace vztekliny u člověka byla v průměru 15-60 dnů. Velmi zřídka trvala déle než 60 dnů. Ochranné očkování trvalo průměrně 21 dnů. Imunita se dostavovala během očkování teprve pozvolna, úplná nastala teprve až během 14-18 dnů po skončení očkování, tj. 5-6 neděl od počátku antirabického léčení. Z toho vyplývá, že se u podezřelých případů mělo ihned zavést toto léčení, neboť každý průtah znamenal nebezpečí pro život zraněné osoby.

Náklady za ošetření chudých osob v Pasteurově ústavu měl hradit zpravidla majitel zvířete, pokud byl majetný. Byl-li nemajetný anebo nebyl-li vypátrán, hradila náklady z jedné třetiny obec, ze dvou třetin státní pokladna.

Každá osoba poraněná vzteklým zvířetem měla zůstat i po propuštění z Pasteurova ústavu po dobu aspoň jednoho roku v evidenci u okresní politické správy, kde měla své bydliště, musela být vedena ve zvláštní knize a být pod lékařským dozorem příslušného státního obvodního lékaře. Každé onemocnění těchto osob podezřelých ze vztekliny bylo nutno hlásit nejkratší cestou zemské politické správě.

Na Moravě byla zavedena patnáctidenní pozorovací lhůta. Zůstalo-li zvíře i po 15ti dnech zdrávo, bylo možné u poraněné osoby s pravděpodobností vyloučit nebezpečí nakažení vzteklinou.

**Slintavka a kulhavka** je nákaza, které se šířila mezi přežvýkavci a zasahovala též vepřový brav. Na člověka, zvláště na děti, mohla být přenesena syrovým mlékem a smetanou. Někteří udávají jako příčinu onemocnění též požívání infikovaného másla a sýra, nebo styk s nemocným zvířetem. U člověka se projevuje horečkou a bolestí hlavy, v ústech se objevují puchýřky na sliznici pysků, dásní, jazyku a tváří. Zákon o nákazách zvířat nařizoval, že mléko ze zamořených stájí mělo být převařeno před upotřebením a prodejem; tím mělo být čeleno přenosu na člověka.

**Tularémie** se vyskytla jako epidemie v posledních měsících roku 1937. Přenáší se ze zajíců na lidi. Zvířata stížená tularémií byla vyhublá a malátná, vlivem této choroby ztratila plachost a pohyblivost. Díky tomu je vesničané velmi snadno chytali a ubíjeli, čímž docházelo k infikování těchto lidí. Přenášela se hlavně při stahování a vyvrhování zvířat, kdy se člověk třeba jen nepatrně škrábnul anebo si neomytými rukama sáhnul na rty nebo do úst nebo jimi bral pokrmu nebo příbory. V některých případech se nemoc na člověka přenášela také tím, že při vyvrhování zasáhla krev z nemocného zvířete oko. U lidí nemoc začíná vysokou horečkou a projevuje se značným poklesem sil a malátností, stejně jako u zvířat. Onemocnění trvá mnoho týdnů, zpravidla i dva měsíce, končí však ve většině případech uzdravením.

Nemoci bylo možné předcházet jen tak, že by vesničané přestali chytat a požívat postižené zajíce. Z tohoto je zřejmé, že nemoc postihovala nejčastěji nejchudší obyvatele, kteří si nemocná zvířata připravovala pro svou potřebu a také zvěřináře, kůžičkáře a kuchařky.

Ochranná opatření proti nákaze prováděla zdravotní a veterinární oddělení Zemského úřadu v Brně. Byla to především informovanost obyvatelstva v postiženém kraji. Tito lidé byli především seznamováni s tím, jak se nákaza přenáší a jak se před ní co nejlépe chránit. Obecní úřady a četnictvo dbalo na to, aby nemocná a uhynulá zvířata byla zakopána hluboko do země, popř. aby byla spálena. Docházelo též i k prohlídkám trhů. I přes tato opatření se onemocnění neustále objevovala. Podle tehdejších statistik onemocnělo na jižní Moravě tularémií přes sto padesát osob.

**Tuberkulóza** – krávy onemocnělé tuberkulózou vemene vyměšují zárodky tuberkulózy s mlékem a jsou proto z hlediska zdravotního nejnebezpečnější. Podle statistiky z jatek, připadala průměrně na každých 1.040 kusů krav a jalovic 1 kráva s tuberkulózou vemene. Mléko od takové krávy se stávalo neškodným teprve ve zředění 1:1000. To však znamenalo, že mléko od jedné krávy mohlo infikovat mléko celé menší mlékárny. Nepasterované tržní mléko obsahovalo v 10-15% virulentní bacily tuberkulózy. Takto zemřelo v roce 1934 asi 21.000 lidí.

Pouze mléko a smetana ze zaručeně zdravých krav mohlo být požíváno syrové. Nebylo-li mléko účinně pasterováno v mlékárně, pak jen jeho svaření zabránilo možnosti infekce.

Požívání syrového nebo polosyrového masa a výrobků z něho zhotovených, jako byly pochoutkové a mazlavé salámy, syrová šunka, syrové uzené maso a klobásy, přinášelo s sebou nebezpečí onemocnění člověka chorobami způsobenými cizopasníky, kteří žili v těle zvířete nebo člověka. Jedná se o přenos trichiny neboli svalovce a tasemnice. Na jaře 1934 onemocnělo v Aši 108 osob trichinózou po požití tzv. mazlavých salámů. Zabránit tomuto nebezpečí bylo možno jen řádně organizovanou a provedenou prohlídkou dobytka a masa.

## 6. Hygiena prostředí

Jedním ze stěžejních pravidel tehdejší zdravotní hygieny byla čistota. Trestem za její nedodržování bývaly epidemie, které se občas dostavily (mor, cholera, neštovice a jiné) a které si vyžádaly velké oběti na životech. Hlavním úkolem tedy bylo vzdělávání lidí.

### Pryč s blátem

Bláto způsobovalo nečistotu ulic. Když vyschlo, měnilo se v obtížný prach. Tam, kde pak jezdilo mnoho povozů, bylo účelné, aby se ulice vydláždily. Kde to nebylo možné,

měl být povrch silnice alespoň opatřen dehtovým povlakem, ze kterého se bláto s prachem snadněji odstraňovalo.

### Splašky a výkaly

Další příčinou nečistoty ulic byl nedostatek kanalizace. Kanalizace bylo zařízení, kterým se odváděly výkaly a splašky z každého domu a kterým se zabráňovalo jejich rozlévání. Bohužel častým případem bylo (zejména na vesnicích), že ze statků a chalup vytékala ve stroužkách hnojůvka přes cestu a silnici do příkopů, z nichž tekla do potoka nebo prosakovala do studní, jejichž voda byla používána k pití nebo k mytí a oplachování nádob. Tato nečistota ve vodě byla však často patrna jen odbornému oku. Pod drobnohledem bylo vidět největší příčinu mnohých chorob: statisíce a miliony choroboplodných zárodků a bakterií, které ohrožovaly zdraví.

Lidské výkaly obsahují spoustu zdraví škodlivých zárodků, zvláště pak výkaly nemocných lidí, a to bylo právě veliké nebezpečí. Tam, kde byly žumpy promokavé, prosákly tyto zárodky do země a dešťovou vodou se dostaly do spodních pramenů. Tím se voda ve studních znehodnotila a pokud se pak někdo z takovéto studně napil, hrozilo mu nebezpečí onemocnění. Takto se rozšiřovalo právě onemocnění tyfu. Ideální bylo, když se začaly stavět záchody se splachovacím zařízením, což ale vyžadovalo přítomnost vodovodů. Toto přání však nebylo luxusním požadavkem, jak by se mohlo zdát, ale spíše zdravotním.

### Prach

Velmi zásadní nečistotou byl prach. Hrubý prach byl ostrý, po vdechnutí poraňoval jemnou sliznici dýchacího ústrojí a působil záněty. Prach moučný (uhelný) zaprašoval dýchadla. Když nebyl prach vdechován neustále, neohrožoval lidské zdraví, ale jeho zhoubný účinek spočíval v tom, že prach velmi často obsahoval choroboplodné zárodky. Ve vzduchu byly téměř neustále přítomny vedle prachu i různé plísně a bakterie. Pokud bychom nechali v trochu vlhčí místnosti ležet kus chleba – druhý den ho najdeme plesnivý. V prachu, který se vířil ve vzduchu a postupně se usazoval, byly obsaženy zárodky plísni a kvasinek, které v potravinách bujely a následně je porušovaly. Vdechne-li se tedy prach zároveň se vzduchem a nebylo-li prachu příliš mnoho, zachytí se na vlhké sliznici nosu, úst a krku a slinami a kašlem se posléze z těla vyloučí. Je-li však prachu více a my ho neustále vdechujeme, pak ho sliznice již nestačí zachytit a odstranit, prach se tak dostává do průdušek a do plic, kde se pevně usazuje a působí různé katary a záněty. Proto bylo tedy nutné pečovat o čistotu obydlí a starat se o to, aby se při práci nebo čištění místnosti prach



zbytečně nezvířil. Bylo doporučováno větrat v obytných místnostech i několikrát za den, aby se vzduch, který obsahoval různé plyny či prach, důkladně pročistil.

Podmínkou čistého obydlí a čistoty všeobecně bylo umisťovat hnojiště co nejdál od stavení, aby se tak zabránil přístup mouchám do místností a spíží. Jejich množství se také dalo omezit natažením sítí do oken.

### Čistota těla

Tělo bylo třeba též udržovat v čistotě každodenním omýváním obličeje, krku, genitálií, prsou, rukou a nohou, nejlépe večer před spaním a celkovými koupelemi alespoň jednou týdně. Omývání před spaním mělo svoji přednost, protože se tím docílilo brzkého spánku a také se zamezilo znečištění vzduchu v ložnici páchnoucími výpary z těla. Ráno bylo vhodné tělo znovu opláchnout. Zvláštní důraz byl pak kladen na čistotu rukou. Bylo nutné, aby se důkladně myly před každým jídlem, neboť znečištěnými rukama se dostane nečistota a v ní obsažená nákaza do úst a odtud dále do celého těla, čímž bývá zaviněno velké procento nakažlivých onemocnění. V nečistotě rukou, hlavně ve špíně za nehty, žijí statisíce choroboplodných zárodků, jež nás mohou ohrozit nebezpečnými nemocemi.

Z podobného důvodu bylo třeba dbát i o čistotu úst, jež měla být častěji vyplachována, hlavně po jídle, aby se tak zamezilo množení se choroboplodných zárodků, které se zachytily na sliznici úst. K vyplachování úst stačila dobrá čistá voda, k níž se popř. mohlo přidat trochu čistého lihu nebo ústní vody. Zuby se měly čistit zubním kartáčkem, kterým se důkladně odstraňují zárodky z úst, které napomáhají tvorbě zubního kamene a způsobují tím větší kazivost zubů.

Špinavý oděv a prádlo je příznivým prostředím pro různý hmyz, blechy a vši, jež jsou nejen nepříjemnými cizopasníky těla, ale mohou být i příčinou různých nemocí, někdy i velmi nebezpečných. Tak např. zhoubná a ve velké většině případů i smrtelná choroba – skvrnitý tyf – byla přenášena výhradně vší. Špinavé kapesníky se neměly nosit po kapsách, poněvadž obsahovaly hlen z nosu, úst, krku i plic, jenž se po uschnutí rozprášil a přenášel tak nákazu do okolí. Prádlo po nemocných se muselo ihned, případně po skončení nemoci, vyprat. Doporučovalo se, aby se prádlo nemocného nejprve na několik hodin vložilo do dezinfekčního roztoku (např. 5% roztoku kyseliny karbolové).

Zachováním těchto pravidel by se dalo předejít mnohým těžkým a zbytečným nemocem. Jestliže se však někomu zdály náklady na hygienickou úpravu obce či obydlí vysoké, měl dobře zvážit pro a proti, jelikož drahé léčení nemocí a k tomu ztráta pracovní schopnosti znamenaly největší vydanou položkou v každé domácnosti.

Ve skutečnosti to však bylo takové, že hygienické podmínky většiny venkovanů, kterým byly výše uvedené rady určeny, byly velmi bídné. Bohužel Tito obyvatelé neměli takové možnosti, zejména finanční a časové, aby se těmito radami řídili. Rodiny často obývaly chatrče bez komínů, které byly opatřeny většinou jen malými okny. V zimě nebylo výjimkou, že v těchto obydlích byla dokonce i domácí zvířata. Většina takto žijícího obyvatelstva byla velmi chudá, živila se převážně malorolnictvím a dřevařstvím. Proto existovaly spolky, jako např. Péče o zdraví venkova, které svoji aktivitou pomáhaly venkovskému obyvatelstvu životní podmínky zlepšovat.

Dalším problémem, proč se v mnoha případech lidé zdráhali volat lékaře k nemoci, bylo označování domů červeným lístkem, jako tomu bylo například u zjištění paratyfu. Takovýto proces přišel lidem jako potupný a zahanbující celou rodinu.

Ačkoli se postupem doby informovanost obyvatel o nutnosti dodržování hygienických podmínek zvyšovala, přesto je nesporné, že lidé z nižších sociálních vrstev, zejména chudina, nebyli schopni dodržovat doporučovaný standard.

## **7. Výživa**

Hlad měl za následek velké oslabení organismu a náchylnost k nemocem. Nebylo pochyb o tom, že lidé, kteří byli vyhladovělí, podlehli nákazám mnohem rychleji, nemohli se jim bránit a umírali dříve nežli ti, kteří měli v těle nahromaděno dostatek živných látek. Člověk potřebuje výživné látky, aby se udržel při životě a aby byl schopen pracovat. Výživa venkovanů je však velmi prostá a jednotvárná, skládá se většinou výhradně z brambor a mléka. Zřídka se používalo máslo.

Každá potravina má jinou výživnou hodnotu. Je tedy jisté, že všechny látky si nejsou, co se výkonnosti týče, rovny a jsou mezi nimi velké rozdíly. Ohled se musí brát i na to, jak dokonale se dají v našem zaživacím ústrojí využít. Potrava se tedy dělí podle jejího složení na bílkoviny, tuky, uhlohydráty, nerostné látky (soli) a vitaminy. Nejdůležitější výživou jsou bílkoviny, poněvadž dodávají tělu dusíkaté látky potřebné pro stavbu těla. Typickým představitelem bílkovin je vaječný bílek, mléko, krev, maso, žloutek. Bílkoviny jsou dále obsaženy ve větším množství v obilovinách a mlýnských výrobcích, v luštěninách a jiných semenech. Maso a potravina ze zvířat obsahují totiž všechny součásti, které naše tělo nevyhnutelně potřebuje; mimoto jsou v zaživacím ústrojí člověka mnohem dokonaleji zužitkovány než rostlinné bílkoviny. Když se použité tuky nespotřebují, ukládají se pod kůži a jsou příčinou nepříjemné otylosti. Tuk, který požíváme, pochází jednak ze zvířecí

říše (máslo, lůj, vepřové a husí sádlo), jednak z říše rostlinné, především olivový olej, makový, mandlový, řepkový, kukuřičný olej a jiné.

Uhlohydráty, k nimž se počítají v první řadě škroboviny a cukry, dodávají tělu nutnou a potřebnou energii. V potravě, kterou každodenně požíváme, se nalézají také velké množství tekutin a solí, sloučenin vápna, draslíku, sodíku, fosforu, jež mají všechny velký význam při budování těla. Vitaminy, které samy o sobě nemají žádnou výživovou hodnotu, přispívají zcela neobyčejně k zužitkování potravin.

Vznikaly dohady o tom, zda mělo být dovoleno uměle bít pšeničnou mouku. Lékaři zastávali ten názor, že příliš vymletá mouka a i mouka připravovaná tak, aby nabyla jasně bílé barvy, není tak výživná a zdraví prospěšná, jako je mouka, v níž jsou obsaženy ještě součásti obalů zrna a klíčku.

Hlavní význam zelenin spočívá v tom, že svojí zvláštní pronikavou, ale příjemnou vůní, zpestřují potravu, rozmnožují značně střevní obsah a svými vlákny dráždí střeva k čilejší činnosti a k včasnému vyprazdňování.

Káva, jako nápoj, odstraňuje pocit únavy a ospalosti, povzbuzuje rychlejší chod myšlenek. Takové vlastnosti má i čaj a kakao. Ovšem přílišné požívání kávy má vzápětí zhoubné následky, někdy dokonce i zhoubnější než alkohol, poněvadž odstraňuje únavu a nutí i vyčerpaný mozek a srdce dále pracovat. Je tedy pochopitelné, že tím trpí především stěny tepen, které ztrácejí na své pružnosti a stávají se tak křehčími, čímž dochází k onemocnění zvanému kornatění tepen.

Po zdravotní stránce je prokázáno, že slabé alkoholické nápoje, vzniklé kvašením škrobovin a ovoce (především pak tedy pivo a víno), jsou-li požívány v rozumné míře, neškodí.

Lékaři doporučovali požívání jablek, hrušek, hroznů apod. Poukazovali na to, že množství vody v ovoci nahradí lehce úbytek vody z těla a k tomu ještě dodává potřebné soli. Také vlákna ovoce a semena působí lehce dráždivě na stěny střevní a nabádají je k usilovné činnosti.

Poněvadž potraviny tak snadno podléhají zkáze, bylo nutné, aby se jejich uschovávání věnovala zvláštní pozornost, a to především v horkých letních měsících. Některé potraviny již samy o sobě obsahují choroboplodné zárodky, jako např. mléko, kde se nacházely tuberkulózní bacily, hnisavé zárodky a podobně. Mléko je pro bakterie velmi vhodnou živnou půdou, ve které se dokonce rozmnožují. Není tudíž divu, že byly zaznamenány i případy velkých epidemií břišního tyfu, který byl přenesen takovým

infikovaným mlékem. Svařením mléka, prováděné v domácnostech, nebo tzv. pasterizováním mléka v mlékárnách se umrtvily choroboplodné zárodky. Pak se nebylo třeba bát žádné nákazy.

Celková osvěta na poli výživy byla jistě propracovaná. Neřešila ale jeden velký problém, a to jak zajistit kvalitní potraviny a pestrý jídelníček i nejchudším vrstvám a nejen jim. Chudý rolník se svou rodinou si jen těžko mohl dovolit takovouto stravu. Zásadní byl zejména problém s uchováváním potravin a následně jejich konzumace.

## 8. Spolky

### 8.1. Československý abstinentní svaz

Hesly jako: „*Ve zdravém těle – zdravý duch*“ bojovalo Sokolstvo proti alkoholovému průmyslu, který si vymohl zvětšení své výroby z 8% na 12% předválečné výroby a vaření silnějších piv než 7 stupňových. Podobné heslo zastával i prezident Masaryk: „*Národ pijanů jest národ otroků*“.<sup>61</sup> Tímto abstinenti reagovali v roce 1919 na nebezpečí návratu předválečného pijáctví. Varovali vládu, aby nečinně nepřihlížela a nedovolila rozmach pokoutných vináren a čajoven, kde alkoholismus řádl bez omezení.<sup>62</sup> Žádali i úplný zákaz výroby a dovozu lihových nápojů.

Československému abstinentnímu svazu byla v roce 1928 udělena subvence ve výši 230.000 Kč, a to na činnost protialkoholní, zejména na práci pro ostřízlivění československého národa.

Československý abstinentní svaz propagoval jeden z hlavních důvodů pro rozumnou hygienickou životosprávu. Usiloval samozřejmě i o uvědomění národa o národohospodářských hodnotách, které mu unikají nejen výdajem za alkoholické nápoje, ale i otupěním bystrého úsudku, kterého je třeba jak v drobném, tak i velkém obchodním a průmyslovém podnikání a všude jinde.<sup>63</sup>

Československý Abstinentní Svaz vykazoval velmi pozitivní výsledky své činnosti:

- 1) neustále přibývalo přesvědčených abstinentů
- 2) přibývalo střízlivosti a umírněnosti v požívání alkoholických nápojů

ČSAS uspořádal sjezd pro mravní a zdravotní výchovu mládeže v duchu abstinence (sjezd se konal 6. a 7. listopadu 1927). Toho se zalekli podnikatelé a investoři na poli

<sup>61</sup> NA Praha, fond MZd, karton č. 396

<sup>62</sup> Tamtéž, karton č. 396

<sup>63</sup> Tamtéž, karton č. 396

alkoholu a začali vydávat na svoji obranu Časopis mokrých, který měl abstinentní hnutí zesměšnit. Tento časopis byl poté vydáván Ligou protiprohibiční. Na oplátku pak tato Liga svolávala mezinárodní sjezdy, kde dokazovala neškodnost alkoholu a dovolávala se dokonce státních podpor na propagaci hnutí pro alkoholismus. Došlo to tak daleko, že se proalkoholní kruhy snažily o zrušení zákazu prodeje lihovin v den voleb. To byl totiž jediný den v roce, kdy se nesměly prodávat alkoholické nápoje.

Zastánci alkoholu lákali do svých řad další přívržence falešnými zdravotními informacemi a články zdánlivě vědeckými, kde se snažili dokazovat, že alkohol není škodlivý. Článek z Lidových novin z 10. března 1928 vypovídá o všem: „*Pivo tekutý chléb*“. Na základě toho vykazují policejní statistiky stále vyšší čísla o zatčených pro opilství.

Pro názornost uvádím, jak Abstinenční svaz využil státní subvence na propagaci, osvětovou činnost a boj proti alkoholismu:

12.680	přednášek
7.400	vzdělávacích a zábavných večerů bez alkoholu a kouře
3.260	poučných vycházek
2.865	divadelních představení pro mládež, propagačně protialkoholních
45	vědeckých debatních veřejných schůzí
38	manifestačních schůzí
3.245	školních výstav
35	řečnických kurzů pro širší obecnstvo
1.450	přednášek pro železničáře
860	přednášek na školách
160.000	rozdaných letáků ve velkých průmyslových závodech pro poučení dělnictva
Na všesokolských sletech rozdal přes <u>2.650.000 letáků</u>	
Dalších 1.360.000 letáků bylo vydáno pro žactvo obecných škol	
Založili <u>sportovní abstinentní klub</u> , který čítal cca 680 členů	
Spolupracovali na založení <u>abstinentních restaurací</u> (Praha 4)	
Uspořádali <u>petici</u> podanou r. 1921 Národnímu shromáždění o zákazu kořalky a omezení výroby alkoholických nápojů (petici podepsalo 1.200.000 občanů) <sup>64</sup>	

<sup>64</sup> NA Praha, fond MZd, karton č. 512

Dále ČSAS podporoval Holitscherův zákon<sup>65</sup>, omezení výčepu lihových nápojů a zpřísnění policejní zavírací hodiny.

Dalšími osvětovými aktivitami Svazu bylo vydávání Abstinentské knihovny a časopisů „Vyšší národ“ a „Plakát“, který se vyvěšoval na nádražích, v továrnách a jiných veřejných místech. Mimo tyto publikace byly vydávány letáky pro učitelstvo, dělnictvo, studentstvo, venkov, ženy-matky, mládež atd.

Sám Československý abstinentský svaz zastával názor, že nejlepším propagačním prostředkem jsou výstavy, kde byly uplatněny již zmíněné propagační předměty včetně obrazů, diagramů a diapositivů.

Jen pro názornost bych ráda uvedla, že osvětová a propagační činnost nebyla levnou záležitostí a že žádané subvence pro ČSAS byly zcela oprávněné:

<b>Rozpočet ČSAS na potřeby pro protialkoholní práci v r. 1926</b>	
Vydávání časopisů „Vyšší národ“ s přílohami Besídka a Sluníčko	50.000
Knížky, brožury a tiskopisy	20.000
Letáky	10.000
Plakáty	20.000
Nástěnné obrazy pro výstavy	10.000
Mapy a vědecké diagramy	10.000
Filmové obrázky	10.000
3 skioptika	5.000
Sjezdy	5.000
<b>Celkem</b>	<b>150.000</b>
+ Příděly republikovému ústředí na udržování a vybavení sekretariátu a administrativní práce	20.000
Příděly jednotlivým zemským ústředím k rozšíření abstinentské myšlenky, na organizaci odborů a na získávání abstinentsů	330.000
<b>CELKEM</b>	<b><u>500.000 Kč</u><sup>66</sup></b>

<sup>65</sup> Tento zákon vyvolal ve sněmovně bouřlivé diskuze mezi poslanci. Řada z nich zastávala názor, že zákazem pití alkoholu se nezamezí jeho konzumaci, ba naopak si lidé obstarají pokoutně vyrobené nápoje.

<sup>66</sup> NA Praha, fond MZd, karton č. 512

Co se týče příjmů, tak ty činily velmi zanedbatelné částky:

Tržba za časopis „Vyšší Národ“ .....20.000 Kč

Tržba za tiskopisy, obrazy, diagramy atd. ....10.000 Kč

## **8.2. Československý spolek pro zkoumání a potírání zhoubných nádorů**

Spolek byl založen v roce 1903. V předválečné době soustředil své snahy především na získávání členů a potřebného peněžního základu a snažil se menšími obnosy podporovat výzkum rakoviny. Světová válka pak udusila vešskou rozvíjející činnost spolku. V roce 1921 mu prezident republiky T. G. Masaryk poskytl velký finanční dar 100.000 Kč při příležitosti otevření léčebného ústavu pro nemocné rakovinou v Praze. Zde byli nemocní léčeni zejména rentgenem a radiem. Nedlouho po tom obdržel spolek další částky, které byly poskytnuty některými peněžními ústavami a několika zámožnými jednotlivci. A tak jmění spolku, které před válkou bylo 33.000 Kč, vzrostlo výše uvedenými dary na 288.000 Kč.

Roku 1925 se stal předsedou spolku prof. Jedlička, za jehož předsednictví se činnost velmi rychle rozvíjela. Byla zřízena:

- 1) Bioptická stanice
- 2) Experimentální oddělení pro české bádání zhoubných nádorů
- 3) Dispenzář pro léčení zhoubných nádorů.

Na přelomu let 1932/1933 mu Pražská městská obec zdarma nabídla místo při nemocnici na Bulovce. Na základě toho bylo usneseno vybudovat prozatím menší ústav, který by čítal cca 30 lůžek. V pozdější době se podařilo založit další dvě pobočky, v Brně a v Bratislavě.

## **8.3. Zdravotní péče o mládež**

Nemocnice a útulek Československé ochrany matek a dětí byl zřízen a udržován za vydatné podpory státní zdravotní správy. Ústav sociálního střediska celostátního spolku Československé ochrany matek a dětí měl za úkol bojovat přímo proti úmrtnosti kojenců a dětí předškolního věku a nepřímo vyhledávat a opatrovat prostředky k boji proti této úmrtnosti.

Služby spolku Československé ochrany matek a dětí:

- 1) Poskytoval dětem, matkám a těhotným ženám ústavní péči potřebnou k dočasnému zaopatření a léčení.
- 2) Vychovával pomocný zdravotnický personál pro dětskou zdravotní péči, zejména pak péči o kojence a děti předškolního věku.
- 3) Pracoval na prohloubení vědeckého podkladu pro zdravotní péči o kojence a děti předškolního věku a pečoval o rozšíření vědeckých zásad na veřejnosti, zejména však mezi orgány a korporacemi.

Za nejdůležitější činitele, zejména v boji proti úmrtnosti kojenců, se pokládaly poradny pro matky a kojence. Ty vykrytalizovaly v převážně hygienická zařízení. Jejich hlavním úkolem byla propagace kojení a poučování matek o ošetřování kojenců. Poradny na Moravě a ve Slezsku byly rozšířeny o péči o batolata do 3 let, v Čechách zahrnovaly často i děti předškolního věku až do 6 let, na Slovensku v poradnách Československého červeného kříže a v celém státě v poradnách Naším dětem – ty nabízely péči o děti od narození do 14 let. Koncem roku 1925 jich bylo v Československu 927.

Vhodným doplňkem péče o kojence a batolata byly jesle, jejichž úkolem bylo opatrování dětí mladších 3 let. Pečovaly především o děti, které rodiče nemohli ze sociálních důvodů řádně zaopatřit. Zvláštním útvarem byly i tzv. kojenecké jesle, které se staly útlukem pro kojené a uměle vyživované děti.

Zdravotní ochrana školní mládeže na obecných a občanských školách byla zajištěna prozatímně vládním nařízením ze 4. dubna 1925. V něm byla stanovena účast školních lékařů při zdravotní péči o žactvo a při jeho tělesné výchově. Podle tohoto nařízení měli školní lékaři tyto povinnosti:

- Starali se o zdravotní stav všech školáků.
- Zdravotní prohlídku vykonávali alespoň dvakrát za školní rok.
- Mimoto podle potřeb konali častější prohlídky ve třídách.
- Zvláštní pozornost věnovali nakažlivým nemocem, kdy se starali převážně o profylaxi a působili proti jejich rozšiřování.

Tělesná výchova byla pro oboje pohlaví povinná. Tělocvik se vyučoval, stejně jako dnes, dvě hodiny týdně. Avšak každých 14 dní byla povinná vycházka, která byla v létě častější a delší.

S ochranou dorostu souvisel i zákon ze 17. února 1922, kterým se omezovalo podávání piva a vína osobám mladším 16 let a jiných alkoholických nápojů těm, kteří ještě nedosáhli 18 let. Tento zákaz platil i tehdy, když byla mládež v doprovodu dospělé osoby.



Otázka ústní hygieny mládeže nebyla v té době moc řešena, pouze některá větší města, jako byla Praha, Ústí nad Labem a Opava, měla své školní zubní ambulance. Takovéto ordinace byly zřizovány i při některých poradnách jako byl Československý červený kříž a Naším dětem, které zakládaly tzv. zubní poradny. Operace tonsil a adenoidních vegetací byly prováděny mimo soukromé lékaře už jen ve větších ambulancích příslušných odborných klinik, dětských a veřejných nemocnic. Avšak radikální vyjmutí mandlí se provádělo velmi zřídka.

Úkol poraden Naším dětem bylo možné shrnout do čtyř hlavních bodů:

- 1) Zjišťovaly zdravotní a sociální stav mládeže od narození do 14 let, a to soustavnou prohlídkou všech dětí, návštěvami v jejich domovech a vyšetřováním příčin zdravotního a sociálního oslabení
- 2) Učily široké lidové vrstvy užívat zákonných zařízení, která nemajetným zabezpečovala lékařskou pomoc, poradnu a léčiva
- 3) Staraly se o lékařskou a sociální pomoc nemajetným, kteří nespádali pod nemocenské pojištění a byli nedostatečně chudinsky zaopatřeni
- 4) Poučovaly matky a děti o základních zdravotních pravidlech, zdůrazňovaly důležitost profylaxe, zejména co se týkalo chorob dětského věku

Vedle systematických lékařských prohlídek mládeže do 14 let, které byly doplňovány návštěvami v rodinách vyšetřovaných dětí, se soustředila činnost poraden na výchovnou a zdravotnickou práci. O rozsahu působnosti poraden v obou těchto oborech podává přehled několik čísel: celkem bylo od 1. července 1921 do 30. září 1926 lékařsky prohlédnuto 155.317 dětí, z tohoto počtu jich bylo shledáno bez příznaků choroby 48.104, 90.134 dětem byl věnován zvláštní sociální zřetel. V této době bylo pořádáno 5.365 zdravotních přednášek pro děti, 890 pro dospělé, 1.262 přednášek o péči o malé děti, 1.897 o domácí zdravotvědě a o ošetřování nemocných. V neposlední řadě bylo uspořádáno 89 zdravotních divadelních her pro mládež.

Zdravotnická výchova se stala integrální součástí programu těchto poraden a aktivně se účastnila na různých zdravotnických výstavách v tuzemsku i v cizině.

Poradny pro matky a kojence měly v péči celkem 21.208 dětí, podporovaly hmotně 9.610 rodin a staraly se o výchovu a výživu 292 opuštěných dětí do 3 let. V trvalé péči rodinných odborů bylo 2.547 sirotek, hmotně bylo podpořeno 14.581 chudých dětí a 1.311

chudých rodin. Dorostové odbory pečovaly celkem o 1.755 opuštěných nebo chudých dorostenců do 18. roku života.<sup>67</sup>

#### **8.4. Samaritáni**

Účelem samaritské služby bylo poskytování první pomoci před příchodem lékaře při úrazu nebo náhlém onemocnění a rychlé dopravení postiženého do rukou lékaře. Samaritství se organizovalo u Československého červeného kříže dle směrnic, které byly vydávány Ústřední samaritskou radou v úzké součinnosti s dobrovolným hasičstvem a za účinné pomoci lékařství.

Samaritské stráže a čety, v případě zvláštní potřeby, musely pečovat o to, aby bezplatně poskytovaly první pomoc všude a za jakýchkoli okolností, co nejrychleji a nejpřesněji. Staraly se také v případě potřeby o dodržování všech nejdůležitějších podmínek veřejného zdravotnictví a věnovaly pozornost i sociálně-zdravotní péči, pokud nebyl v místě nikdo, kdo by tento důležitý pracovní úsek mohl obstarat. V obcích, kde nebyl místní spolek Československého červeného kříže, byly samaritské stráže jeho orgány, což znamenalo, že se samy staraly o náležitou zdravotnickou výchovu místního obyvatelstva pořádáním vhodných přednášek a rozšiřováním knih, brožur a publikací Československého červeného kříže. V případě potřeby pracovaly i na poli sociálním, pomáhaly odstraňovat nebo aspoň zmírňovat bídu a utrpení jakýmkoliv způsobem. Třeba i tak, že sami jednotliví členové a členky samaritských stráží konali pravidelné návštěvy v příbytcích nešťastných a ubohých. Zde svou osobní účastí a prací pomáhali s úklidem příbytku, opatrovali a podávali pokrmy nešťastníkům. Též ošetřováním potřebných přispěli ke zmírnění jejich bídy a utrpení. Každá samaritská stráž si měla opatřit tu nejnutnější výzbroj podle pokynů samaritského ústředí a měla se postarat o zařízení aspoň zcela primitivní záchranné stanice pro poskytování první pomoci ve své obci.

Každý samaritán měl být neustále v pohotovosti, a to i při své denní práci, aby v případě potřeby svými samaritskými zkušenostmi mohl prokázat službu okolí. Poskytnul-li samaritán někomu první pomoc a dopravil ho, nebo ho dal dopravit k lékaři, vystavil mu zároveň kontrolní záznamní lístek o poskytnuté první pomoci, aby se dotýčný lékař mohl přesvědčit, byla-li první pomoc řádně provedena. Poskytnutí první pomoci se vždy zaznamenávalo do bloku. Podle úmluvy s místním státním obvodním nebo obecním lékařem se mu hlásili všichni samaritáni v pravidelných lhůtách, aby mu podávali zprávy o

---

<sup>67</sup> NA Praha, fond MZd, karton č. 105

své činnosti, aby jim je dotyčný lékař mohl schválit a v případě potřeby mohl vytknout nedostatky. Při těchto hlášeních musely být předloženy státnímu lékaři, jakožto úřednímu dozorcí, všechny záznamní bloky o poskytování první pomoci, aby mohl zpětně ověřit správnost způsobu ošetření jednotlivých případů.

Hlavním úkolem vůdce stráže byla starost o zařízení alespoň primitivní záchranné stanice v dané obci. Staral se také o to, aby jeho bydliště a bydliště ostatních členů stráže byla označena zřetelnými štíty podle vzoru schváleného samaritským ústředím.

Obvodní samaritský dozorce dohlížel nad samaritskou činností všech stráží a čet v určitém obvodě. Musel být v pravidelném a častém styku s místním státním obecním nebo obvodním lékařem, aby mu podával hlášení o činnosti samaritánů celého obvodu a aby si od něho vyžádal rady pro další práci. Po dohodě s lékařem organizoval kurzy.

## ZÁVĚR

Zdraví občanů meziválečné Československé republiky bylo ovlivňováno zejména jejich sociálním a ekonomickým zařazením. Neměli bychom však zapomenout ani na rozdílné podmínky, které měli obyvatelé měst a venkova, v širším měřítku pak nepochybně i obyvatelé českých zemí a východních částí republiky. Tyto rozdíly byly především v kvalitě a kvantitě poskytované zdravotnické péče. Je zřejmé, že nejvíce nemocnic a ambulancí bylo zejména ve velkých vyspělých městech ČSR, na vesnicích a směrem dál na východ těchto zařízení ubývalo. Svoji roli sehrála zcela jistě i tíživá situace první světové války a její následky a také velká hospodářská krize, kdy došlo hlavně k poklesu porodnosti. Následkem hospodářské tísně, kterou řada rodin prožívala, byla i žena nucena hledat obživu pro uhájení existence svých blízkých, proto pro ni bylo nežádoucí starat se o dalšího potomka. Nebezpečí bylo spojeno i se samotným porodem, které stoupalo tím více, čím více se porod odehrával na nepříhodném místě. Proto stále větší množství žen dávalo přednost porodu v nemocničních ústavech. To ovšem platilo jen pro velká města a zámožné kraje. Ženy v chudých, zvláště horských oblastech, kde byl pocíťován i nedostatek školených porodních asistentek, často rodily ve velmi nehygienických podmínkách – nečistý byt a nečisté lůžko. Při porodu zpravidla asistovaly neškolené nebo nedostatečně proškolené porodní asistentky, které zavinily velký počet kojeneckých úmrtí. Proto bylo třeba vybudovat řadu zvláštních místností pro porody, které by byly vybaveny vymoženostmi moderního porodnictví za asistence kvalifikovaných porodních sil. Z tohoto důvodu byly v roce 1924 zahájeny v Brně provizorní porodnické kurzy a v roce 1930 bylo definitivně rozhodnuto o zřízení státních ústavů pro vzdělání a výcvik porodních asistentek s desetiměsíčním školením. Tyto „porodní báby“ měly být patřičně vyškolené, aby dokázaly správně ošetřit nejen rodičky, ale i kojence. Aby tedy bylo dosaženo úspěchu v boji proti nemocem, bylo třeba zajišťovat neustále nové a nové diagnostické a terapeutické možnosti pro lékaře. To vyplývalo z rostoucí úrovně jejich vzdělání a i z pokroků medicíny jako vědy.

V důsledku nerovnoměrného historického vývoje českých zemí a východních částí republiky musely řadu zdravotních problémů, zdravotnických koncepcí a organizačních opatření řešit centrální československé, zpočátku převážně české úřady. Na Podkarpatské Rusi byla velmi vysoká úmrtnost, proto bylo nutné intenzivnější pronikání zdravotnických opatření, které se měly dostat mezi tamní široké vrstvy obyvatelstva. Totéž se mělo

provést, byť v menší míře, i na Slovensku. Z tohoto důvodu tam byly exportovány zkušenosti, metody a i některé instituce z českých zemí, a to zejména v podobě převážně českých expertů. Ti tak měli zvyšovat úroveň místních zdravotnických zařízení. Zlepšování úrovně ošetrovatelského personálu mělo velký význam pro zkvalitnění léčebné péče, která se stávala, vzhledem k pokrokům lékařských věd, stále složitější a náročnější.

V boji proti infekčním chorobám, špatným sociálním poměrům, nedostatečným hygienickým podmínkám, podvýživě některých vrstev společnosti a zaostalé lékařské péči ve východních částech republiky bylo v poválečné době docíleno významných úspěchů. Týkalo se to v první řadě virulentních infekcí, k nimž se řadily právě neštovice a skvrnitý tyf. Výrazným bodem v boji proti neštovicím bylo zavedení povinného očkování, díky němuž takřka úplně vymizely. V případě skvrnitého tyfu bylo dosaženo úspěchu snížením počtu takto nakažených na předválečnou úroveň. V historických zemích se skvrnivka vyskytovala jen velmi zřídka, většinou se totiž jednalo pouze o případy, které byly do Čech zavlečeny z východu. Zato však na východním Slovensku a hlavně Podkarpatské Rusi zůstal skvrnitý tyf chorobou endemickou, kterou se nepodařilo vymýtit běžnými epidemiologickými metodami. Určitého úspěchu bylo dosaženo pouze zvýšením civilizační a tím také hygienické úrovně veškerého obyvatelstva.

Přestože se tedy podařilo snížit úmrtnost na tyto choroby, ne vždy se pak podařilo snížit nemocnost. I když již při onemocnění nedocházelo tak často k úmrtí, přece jen následky, které taková onemocnění zanechala, znamenaly těžkou škodu na zdraví jedinců po celý jejich život. To byl signál pro jednotlivá zdravotnická zařízení, ať už ambulance, nemocnice či autokolony, která podnikala významné kroky k dosažení co největší úspěšnosti na poli prevence a léčby.

Zcela jistě byl zajímavý samotný přesun relativního významu u jednotlivých onemocnění. Například záškrt a spála, které bývaly mnohem závažnějšími příčinami úmrtí než spalničky a zajímavý kašel, byly v pozdější době zatlačovány v této své nebezpečnosti právě těmito infekčními nemocemi. Svoji nepochybně velmi zásadní úlohu sehrála i lékařská věda, která se snažila proti těmto chorobám nalézt ochranné prostředky, které by jejich výskyt zamezily nebo alespoň omezily.

U břišního tyfu a paratyfu byl počet nakažených osob těsně po válce nižší, než tomu bylo v době válečné, kdy byla nákaza vyvolána především abnormálními poměry, ve kterých většina obyvatelstva žila. Existovaly tu ale určité pochybnosti, zda toto snížení nebylo jen důsledkem zvýšené skupinové imunizace obyvatelstva, která se přechodně

dostavovala po každé velké epidemii. Břišní tyf tak nesporně zůstal na dlouhou řadu let jedním z nejvýznamnějších veřejně zdravotních problémů zejména pro východní polovinu státu.

O záškrtu a spále je možné promluvit najednou, poněvadž tyto dvě nemoci prodělaly v poválečné době analogický vývoj. V letech bezprostředně po válce došlo v ČSR k poklesu ve výskytu těchto nemocí, který ve zdravotním zpravodajství nebyl dosud zaznamenán. Nemocnost se však na této nízké hladině, která tu byla dosažena, neudržela, nýbrž se vrátila opět do úrovně, jaká byla na území nově vzniklého Československa před válkou. To však nebylo možné vykládat v neprospěch výkonnosti veřejné zdravotní správy, nýbrž to byl důsledek změn, které se udály během války v rozvrstvení obyvatelstva podle věku a které se postupem let vrátily k normálním poměrům. Poklesem porodnosti za války byly na řadu let z populace eliminovány ty věkové skupiny, které byly na dětské nakažlivé choroby nejcitlivější, a tím byla skupinová odolnost obyvatelstva proti těmto chorobám přechodně zvýšena. Jakmile však porodnost stoupla, došlo současně i k dorůstání těch, kteří byli pro infekční dětské choroby nejvímavější a které jim byli nejvíce vystaveny. Jako příčina úmrtí ztratil záškrť postupem let na svém významu. Daleko markantněji byl pokles ve smrtelnosti vyjádřen u spály. Platilo to ovšem jen o západní části státu, východní polovina republiky měla v tomto ještě mnoho co dohánět. Spála tam byla stále velmi silně smrtící nemoc.

Chřipka byla nejzávažnějším problémem v praktické epidemiologii civilizovaných států. Při svém pandemickém způsobu šíření způsobila těžké újmy na životech. Vysoká nemocnost měla v důsledku vážné národohospodářské ztráty. Bohužel, je třeba také přiznat, že proti tomuto nepříteli lidského zdraví byly obranné prostředky velmi nedokonalé.

Pohlavní nemoci se počítaly také k chorobám, které se značně rozšířily během války. Pokles pohlavně nakažených osob nastal již v prvních letech existence Československé republiky. Bylo to hlavně díky návratu k normálním poměrům rodinného života, jako nejbezpečnějšího ochranného prostředku proti těmto nemocem. Nepatrný nárůst v následujících letech byl odrazem zlepšené hospodářské situace nejširších vrstev obyvatelstva, zejména ve velkých a průmyslových městech.

Trachom byl z historických zemí pozvolna vytlačován, zůstal však ještě závažným problémem pro Slovensko a Podkarpatskou Rus.

První světová válka byla obrovským zásahem do přirozeného populačního vývoje i do zdravotních poměrů českých zemí. Během války zde byl jasně patrný dramatický pokles

počtu obyvatel, který byl způsoben především úmrtím mnoha tisíců mužů na frontách a dalších lidí v zemi na podvýživu a infekční nemoci. Svoji zcela jistě významnou roli mělo i snížení porodnosti. Tyto válečné události měly samozřejmě vliv i na deformaci věkové struktury obyvatelstva, ve kterém vznikl velký nepoměr mezi muži a ženami. Postupné zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva se jen pozvolna projevovalo v poklesu hrubé míry úmrtnosti, která se snížila až v polovině třicátých let. K výrazným rysům prvorepublikového stavu populace patřil vysoký počet válečných vdov a sirotek. Těsně po válce došlo ke zvýšení počtu sňatků, a tím i k prudkému zvýšení porodnosti. Díky tomu se postupně stabilizoval demografický vývoj, který byl ale opět velmi ovlivněn hospodářskou krizí. Během této doby došlo znovu k poklesu sňatečnosti a porodnosti. V následujících letech již nebyl populační vývoj ničím narušen, a proto v Československé republice, jmenovitě na Slovensku a Podkarpatské Rusi, vykazovalo obyvatelstvo poměrně vysokou porodnost. V těchto východních částech bylo možné v tomto směru zaznamenat pokrok zejména díky zlepšení kvalifikované zdravotnické pomoci při porodu. Vzhledem k tomuto zlepšení klesala výrazněji také kojenecká úmrtnost. V historických zemích byl ale opačný problém, tedy s úmrtností matek. Bylo tomu tak především vlivem rozmáhajících se nezákonných umělých potratů. Předním úkolem tak bylo v těchto oblastech snížit úmrtnost, aby Československá republika se svým populačním přírůstkem nezůstala pozadu za sousedními státy. Toho mělo být docíleno především ozdravovací prací mezi nejširšími lidovými vrstvami.

Postupem doby a důsledkem zdokonalování zdravotnické péče nehrály akutní infekční choroby již tak významnou roli v míře úmrtnosti, jakou měly v době, kdy se poskytovaná péče v Československu začala teprve organizovat. Vyskytovaly se již převážně jen na Slovensku a zejména pak na Podkarpatské Rusi, kde zůstal boj proti těmto chorobám nejnaléhavějším úkolem zdravotnictví. Proti nim ale bylo možné vcelku rychle docílit kladného ozdravovacího výsledku, a to především vybudováním nových zdravotnických zařízení s lepší kvalifikovanou lékařskou péčí a posílením osvětové činnosti. Ta měla místní obyvatele seznamovat s léčebnými novinkami a přesvědčovat je, aby se se svými zdravotními problémy nesvěřovali do rukou různých pokoutných lékařů či léčitelů, ale aby se nechali odborně vyšetřit v nemocnicích. Dalším důležitým úkolem osvětové činnosti bylo přesvědčit obyvatele východních zemí ČSR, aby se oprostili od starých tradic, zvyků a pověr, které přispívaly k šíření nejrůznějších chorob. Tak např. na Podkarpatské Rusi bylo zvykem nechat právě narozenému dítěti, které trpělo oční vadou,

vylízat oči cizí ženou. Tím se podle pověr mělo předejít očnímu defektu, či ho přímo vyléčit. Už ale nebylo bráno v potaz, že se tímto způsobem přenášely jiné nakažlivé choroby, jako např. syfilis. V Čechách se pak těžištěm boje moderního zdravotnictví staly již zmíněné sociální nemoci. To bylo dáno zejména tím, že význam infekčních chorob postupně mizel a byl vystřídán právě tímto druhem nemocí. Problém první skupiny onemocnění však zůstával stále velkým oríškem směrem na východ od Čech.

I tuberkulóza postupem let pozbývala svého významu smrtící nemoci. Avšak i nadále zůstávala stále ještě nejohroživější chorobou a nejčastější příčinou úmrtí. V posledních letech první republiky jí ale v tomto směru vyvstal velmi vážný konkurent, a to v nemocech srdečních a cévních. Tento jev byl typický pro všechny moderní a rychle se rozvíjející státy, kde byl význam tuberkulózy, jako velmi nebezpečné nemoci s vysokým procentem úmrtnosti, vytlačen nemocemi kardiovaskulárními. To byly choroby, které velice úzce souvisely s právě se vyvíjející společností, a s tím i s rozvíjející se technologií, neustále stoupajícím stresem a stále více a více znečištěným prostředím.

Úmrtnost na zhoubné nádory postupně dosti značně stoupala, jako ostatně ve všech moderních zemích světa. Proto i v Čechách bylo nutné přesunout pozornost zdravotnické práce na skupinu sociálních chorob. Bylo žádoucí vážněji se věnovat neustále rostoucímu problému srdečních chorob a zhoubných nádorů, které se stávaly stále větší hrozbou a příčinou smrti. Přitom ale bylo nezbytné nijak nezmenšovat význam epidemické pohotovosti. Například protituberkulózní boj v Čechách si vyžadoval další zintenzivnění.

Zdravotnická péče v Zemi moravskoslezské vykazovala neustále lepší a lepší výsledky, dalo by se tvrdit, že pokrok nejen zdravotnických zařízení byl srovnatelný jako byly ve vyspělejších oblastech Československé republiky. Je pak přirozené, že i význam sociálních chorob tu intenzivně vystupoval do popředí. Jisté problémy se vyskytovaly na Slovensku, kde stále živobytí komplikovaly akutní infekční choroby, v jejichž popředí byl břišní tyf, spála a záškrť. Na východním Slovensku se k tomu ještě vyskytoval skvrnitý tyf. Na Podkarpatské Rusi, stejně jako tomu bylo na Slovensku, stále přetrvával boj proti infekčním chorobám. Závažným problémem tu byla skvrnivka, která čekala na své vyhlazení, u ostatních infekčních chorob bylo nutné alespoň jejich výskyt radikálně snížit a tím také snížit jejich dopad na smrtelnost. Avšak nemělo se zapomínat ani na boj proti počátečním sociálním chorobám, které se i v těchto krajích začaly pomalu vyskytovat.

Dobrovolnictví mělo nedocenitelnou úlohu pro zdravotní i občanskou výchovu. Vedle samospráv přinášela velice potřebnou sociálně-zdravotní pomoc ve formě poraden a



pomocných spolků na pomoc trpícím sociálními chorobami většinou právě zmíněná dobrovolnická sdružení. S těmito organizacemi obvykle spolupracovali nebo k jejich vzniku dávali podněty samotní lékaři. Důležitou otázkou pak byla organizační a finanční problematika spolků, která byla zpravidla velmi závislá na podpoře ministerstva zdravotnictví či nadačních fondů, jak místních organizací, tak i těch zahraničních. Dobrým příkladem takovéto finanční podpory byla Rockefellerova nadace.

Ochrana země před rozšiřujícími se nemocemi ze sousedních zemí byl dalším velmi důležitým úkolem Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy.

Pokud bychom si položili otázku, co způsobovalo takové rozdíly mezi jednotlivými zeměmi tehdejšího Československa, neměli bychom opomenout fakt, že to byla odlišná úroveň v poskytování zdravotnické péče a různá sociální úroveň obyvatelstva. Je třeba zde zmínit určitou kulturní a sociální zaostalost východních částí republiky. Hlavním úkolem zdravotnictví bylo zejména zvednout úroveň místního zdravotnictví a především vybudovat kvalitní síť nemocnic a ambulancí, které by dokázaly poskytnout péči co největšímu počtu lidí.

Pokrok v medicíně, jeho rychlá aplikace do zdravotnické praxe a rozšiřování veřejného zdravotnictví přispělo k mnoha zlepšením zdravotního stavu obyvatelstva první republiky. V Čechách a na Moravě existovala dlouhá tradice poměrně dobrého systému zdravotnické péče, na vysoké úrovni byla i prevence, která se zaměřila především na boj proti nejvíce rozšířeným nemocem. V českých zemích byla síť nemocnic, kde byla poskytována celkem kvalitní preventivní a sociální péče, a terénních lékařů poměrně hustá, ale i zde bylo rozložení nerovnoměrné a úroveň jednotlivých ústavů byla nejednotná. Na Moravě a Slezsku a zvláště na Slovensku a v Podkarpatské Rusi byl nemocnic naprostý nedostatek. Avšak péče v těchto zařízeních byla formálně dostupná veškerému obyvatelstvu ČSR, tedy i chudým lidem. Pokud ale nebyli schopni platit poplatky za poskytnutou lékařskou péči, byly uhrazeny z veřejných fondů. Dobrovolné organizace rozšířily svůj počet zejména po roce 1918. Velice žádoucí ale byla kompletní reorganizace na Slovensku a Podkarpatské Rusi, kde bylo nevyhnutelné provést radikální reformy, neboť zde byly podmínky k poskytování kvalitní zdravotnické péče velice katastrofální.

Protože obyvatelstvo ČSR žilo převážně na venkově a venkovský lid se neúčastnil tolik na zdravotní profylaktické péči, jako tomu bylo ve městech, kde bylo zdravotnictví pokročilejší, musely snahy o ochranu zdraví směřovat k povznesení hygienické kultury venkova mnohem intenzivněji. Tak, aby byly vyrovnány rozdíly mezi městem a venkovem.

Za tímto účelem byly zřízeny tzv. hygienické demonstrace, kdy se státní zdravotní správa rozhodla řešit problém lidového ozdravení podle všech osvědčených metod. V této oblasti se začala budovat dokonalá veřejně zdravotní zařízení pomocí odborně školeného lékařského a pomocného personálu, který jednotlivcům a rodinám vštěpoval důležité zásady zdraví, čistoty, střízlivosti. Připravovaly se a upevňovaly se základy pro trvalou zdravotní ochranu a povznesení zdraví obyvatelstva.

S touto prací se začalo již v dubnu 1922, kdy byl dán podnět k hygienické demonstraci v Kvasnicích, kde se vyskytoval endemický břišní tyf. Zde byly bytové poměry i celkový zdravotní stav obyvatelstva, zejména mládeže, značně nepříznivé. Hlavním úkolem byla asanace, neboť v této oblasti byly zjištěny zdravotní závady v obydlích, v zásobování vodou a potravinami, v odstraňování odpadových lidských i zvířecích látek. Na základě přesně vytyčeného programu, který byl prováděn za finanční podpory Rockefellerovy nadace, podnětem MZd a za součinnosti Československého červeného kříže, bylo během 4 let dosaženo velmi příznivých asanačních výsledků.

V celku je však možné bez nadsázky pronést plné uspokojení nad tím, jak se zdravotnické poměry v meziválečné Československé republice vyvíjely. Největším úspěchem bylo, že se během prvních let po vzniku ČSR dosáhlo předválečných zdravotnických poměrů. Díky neustále se zlepšující zdravotnické péči byla výrazně snížena úmrtnost na některé běžné choroby a došlo i ke snížení stavu mnohých chorob. Jiné se dokonce povedlo vymýtit úplně či alespoň v některých částech republiky.

## POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

### **Prameny**

#### ***Archivní prameny:***

Národní archiv v Praze

Fondy: Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy 1918-1938, k. 2, 13, 16, 26, 34, 85, 100-111, 122, 125, 158, 159, 160, 161, 171, 172, 336, 337, 369, 370, 382, 383, 386, 387, 395, 396, 464- 467, 471, 472, 485, 496, 512, 607, 633, 835.

#### ***Publikované prameny:***

##### Periodický tisk:

Lidové noviny 35/1927, č. 57.

Národní listy 1927, č. 32.

Národní politika 45/1927, č. 25.

Sokol: časopis České obce sokolské 49/1923, č. 10.

Věstník Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy 2/1920, č. 12.

Zdravotnická ročenka československá, Praha 2/1929-6/1934, 8/1936-10/1938.

##### Statistické publikace:

Atlas republiky československé, Praha 1935.

##### Ostatní dobové publikace:

Československá vlastivěda. II. Člověk. Praha 1933.

Deset let Československé republiky. I., II., III., Praha 1928.

Pelc, H.: O pohlavních chorobách v republice Československé, Praha 1923.

Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desíletí, Praha 1929.

Schneider, J.: Cestou k prostituci, Praha 1928.

Šamberger, F.: Poučení o chorobách pohlavních, Praha

Šimsa, J. a kol.: Přírodní léčba a domácí lékař. I., II., Praha 1923.

## Literatura

Borowy I. – Gruner W. D.: Facing Illness in Troubled Times. Health in Europe in the Interwar Years 1918-1939, Oxford 2005.

Mášová, H.: Nemocniční otázka v meziválečném Československu, Praha 2005.

Mášová, H.: Všeobecné veřejné nemocnice ve světle zákonů a nařízení 1. ČSR a „otec nemocnic“ JUDr. Richard Bébr. *Dějiny vědy a techniky* 3/1997, s. 88-93.

Niklíček, L.: Přehled dějin českého lékařství a zdravotnictví. I. díl, Brno 1989.

Plachetka, J.: Velká encyklopedie citátů a přísloví, Praha 1999.

Říhová, M. a kol.: Kapitoly z dějin lékařství, Praha 2005.

Svobodný P. a kol.: Continuity and Discontinuity of Health and Health Care in the Czech Lands during two Centuries (1800-2000), in: *Hygiea Internationalis*, 4/2004.

Svobodný, P. – Hlaváčková, L.: Dějiny lékařství v českých zemích, Praha 2004.

# **PŘÍLOHY**

## Tabulka č. 1

Onemocnění skvrnitým tyfem v Československé republice v letech 1922-1928 po měsících

Onemocnění skvrnitým tyfem v Československé republice v letech 1922—1928 po měsících.												
Rok	Leden	Únor	Březen	Duben	Květen	Červen	Čer- venec	Srpen	Září	Říjen	Listo- pad	Prosi- nec
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1922	64	20	46	100	27	16	2	5	—	1	3	26
1923	76	45	70	33	58	40	9	8	3	—	1	20
1924	14	8	8	1	1	4	3	—	—	—	—	5
1925	14	24	16	1	—	—	3	—	—	8	86	52
1926	32	35	44	37	6	2	—	—	—	1	1	9
1927	25	23	35	21	48	28	6	—	6	1	—	6
1928	—	—	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Průměr 1922 až 1928	32	22	35	28	20	13	3	2	1	2	13	17

*Zdroj: Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desetiletí, Praha 1929, s. 53.*

## Tabulka č. 2

Onemocnění břišním tyfem a paratyfem v Československé republice v letech 1921-1928 po měsících

Onemocnění břišním tyfem a paratyfem v Československé republice v letech 1921—1928 po měsících.

R o k	Leden	Únor	Březen	Duben	Květen	Červen	Čer- venec	Srpen	Září	Říjen	Listo- pad	Pro- sinec
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1921	526	538	425	498	402	423	574	941	1.397	1.322	1.255	882
1922	577	430	419	470	374	426	746	873	851	641	497	363
1923	352	301	356	280	264	321	438	603	797	803	724	534
1924	510	361	351	446	322	476	645	805	690	805	805	602
1925	514	454	335	325	362	513	687	760	886	824	655	529
1926	416	410	384	349	283	301	525	847	967	992	847	669
1927	540	328	280	351	432	514	626	1.025	1.104	1.134	1.013	686
1928	460	446	540	375	470	449	723	1.048	1.004	877	781	632
Průměr 1921 až 1928	487	409	386	387	364	428	621	863	962	925	821	612

Zdroj: Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desetiletí, Praha 1929, s. 65.

### Tabulka č. 3

Onemocnění záškrtem v Československé republice v letech 1921-1928 po měsících

Onemocnění záškrtem v Československé republice v letech 1921—1928 po měsících.												
Rok	Leden	Únor	Březen	Duben	Květen	Červen	Červenec	Srpen	Září	Říjen	Listopad	Prosinec
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1921	396	452	416	390	309	267	241	222	346	446	431	413
1922	389	317	311	247	246	214	163	191	230	335	316	279
1923	326	272	218	276	216	233	188	181	216	347	402	317
1924	306	336	301	317	285	251	209	209	271	303	388	366
1925	322	390	389	322	264	235	265	241	299	466	505	473
1926	441	474	467	357	322	271	244	267	421	564	717	834
1927	639	566	570	499	453	431	336	422	682	887	1.066	1.055
1928	939	870	907	731	732	653	532	622	970	1.681	1.982	1.923
Průměr 1921 až 1928	470	460	447	392	353	319	272	294	429	629	726	708

Zdroj: Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desetiletí, Praha 1929, s. 79.



## Tabulka č. 4

Onemocnění spalou v Československé republice v letech 1921-1928 po měsících

Onemocnění spalou v Československé republice v letech 1921—1928 po měsících.												
Rok	Leden	Únor	Březen	Duben	Květen	Červen	Červe- nec	Srpen	Září	Říjen	Listo- pad	Prosi- nec
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1921	460	373	475	388	349	407	426	463	998	2.199	1.603	1.431
1922	1.222	802	803	704	789	933	685	597	764	1.221	1.198	1.073
1923	870	652	729	614	552	724	588	528	811	1.489	1.657	1.347
1924	1.058	897	815	639	506	533	445	510	736	1.034	1.285	1.251
1925	1.022	831	830	722	742	931	938	698	930	1.781	1.661	1.462
1926	1.407	1.201	1.179	1.006	1.044	1.172	886	706	988	1.581	2.093	1.542
1927	1.233	996	997	970	1.095	1.200	884	862	1.467	2.150	1.753	1.507
1928	1.372	1.315	1.745	1.283	1.515	1.694	1.110	1.347	2.154	3.339	3.203	2.732
Průměr 1921- 1928	1.081	883	947	791	824	949	745	714	1.106	1.849	1.807	1.543

Zdroj: Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desetiletí, Praha 1929, s. 90.

## Tabulka č. 5

Infekce pohlavními nemocemi v Československé republice podle sčítání v únoru 1921 a  
1926  
(na rok a 100.000 obyvatel)

Infekce pohlavními nemocemi v Československé republice podle sčítání v únoru 1921 a 1926. (Na rok a 100.000 obyvatelů.)							
S y f i l i s				K a p a v k a			
	1921	1926	úbytek v ‰		1921	1926	úbytek v ‰
Muži . . . . .	204	101	50·4	Muži . . . . .	419	371	11·4
Ženy . . . . .	75	37	50·6	Ženy . . . . .	87	82	5·7
Celkem . .	137	68	50·5	Celkem . .	248	221	10·9
M ě k k ý v ř e d				P o h l a v n í c h o r o b y			
	1921	1926	úbytek v ‰		1921	1926	úbytek v ‰
Muži . . . . .	93	28	69·9	Muži . . . . .	717	500	30·1
Ženy . . . . .	11	3	72·7	Ženy . . . . .	173	122	29·5
Celkem . .	51	15	70·6	Celkem . .	495	304	30·0

*Zdroj: Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desetiletí, Praha 1929, s. 129.*

## Tabulka č. 6

Hlášení pohlavních nemocí praktickými lékaři  
(v procentech)

Hlášení pohlavních nemocí praktickými lékaři v procentech jich celkového počtu.					
Z e m ě	Celkový počet lékařů	O d p o v ě d i		Celkový počet odpovědí	Procento odpovědí
		kladné	záporné		
Čechy . . . . .	3607	1136	764	1900	53
Morava . . . . .	1219	387	239	626	52
Slezsko . . . . .	225	69	48	117	52
Slovensko . . . . .	769	219	139	358	47
Podkarpatská Rus . . . .	111	44	19	63	57
Čsl. republika . . . .	5931	1855	1209	3064	52

Zdroj: Pelc, H.: *O pohlavních chorobách v republice Československé*, Praha 1923, s. 229.

## Tabulka č. 7

Onemocnění trachomem v Československé republice v letech 1921-1928

Onemocnění trachomem v Československé republice v letech 1921—1928.

Rok	Absolutní počet					Na 100.000 obyvatelů				
	Čechy	Morava a Slezsko	Sloven-sko	Podk. Rus	R Č S	Čechy	Morava a Slezsko	Sloven-sko	Podk. Rus	R Č S
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1921	879	1.294	1.021	59	3.253	13·1	38·7	33·9	9·7	23·8
1922	674	1.027	986	52	2.739	10·0	30·3	32·3	8·4	19·9
1923	530	873	1.890	45	3.338	7·8	25·6	61·2	7·1	24·0
1924	603	917	1.225	65	2.810	8·8	26·6	39·2	10·0	20·0
1925	695	1.052	1.419	75	3.241	10·1	30·2	44·8	11·3	22·9
1926	719	984	1.694	77	3.474	10·4	28·0	52·9	11·4	24·3
1927	683	811	1.192	77	2.763	9·9	22·9	36·8	11·2	19·2
1928	526	705	1.303	125	2.659	7·6	19·8	40·0	18·0	18·4

Zdroj: Pelc, H.: Zdravotní stav obyvatelstva Československé republiky v jejím prvním desetiletí, Praha 1929, s. 136.

## Tabulka č. 8

Pohlavní choroby léčené v únoru 1921

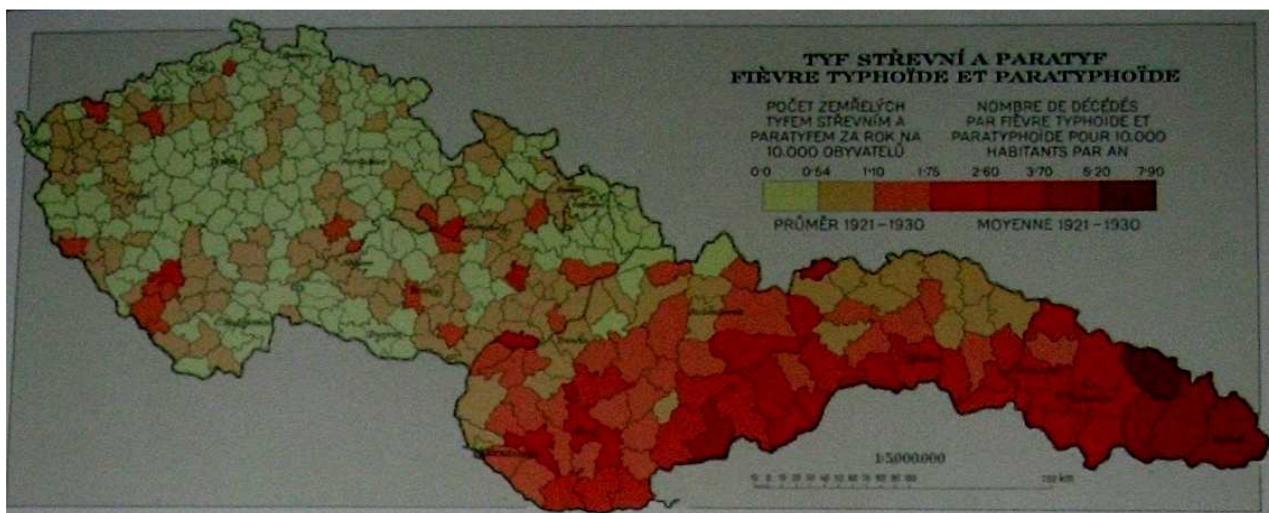
Pohlavní choroby léčené v únoru 1921.					
(Absolutní čísla.)					
Z e m ě		Syfilis	Kapavka	Měkký vřed	Pohlavní choroby
Čechy:					
	muži . . . . .	4.911	3.921	559	9.391
	ženy . . . . .	2.353	1.220	61	3.634
	celkem . . . .	7.264	5.141	620	13.025
Morava a Slezsko:					
	muži . . . . .	1.625	1.503	149	3.277
	ženy . . . . .	830	393	17	1.240
	celkem . . . .	2.455	1.896	166	4.517
Slovensko:					
	muži . . . . .	1.127	1.234	209	2.570
	ženy . . . . .	440	245	20	705
	celkem . . . .	1.567	1.479	229	3.275
Podkarpatská Rus:					
	muži . . . . .	268	148	28	444
	ženy . . . . .	147	47	10	204
	celkem . . . .	415	195	38	648
Československá republika:					
	muži . . . . .	7.931	6.806	945	15.682
	ženy . . . . .	3.770	1.905	108	5.783
	celkem . . . .	11.701	8.711	1.053	21.465

Zdroj: Pelc, H.: *O pohlavních chorobách v republice Československé*, Praha 1923, s. 231.



## Mapa č. 1

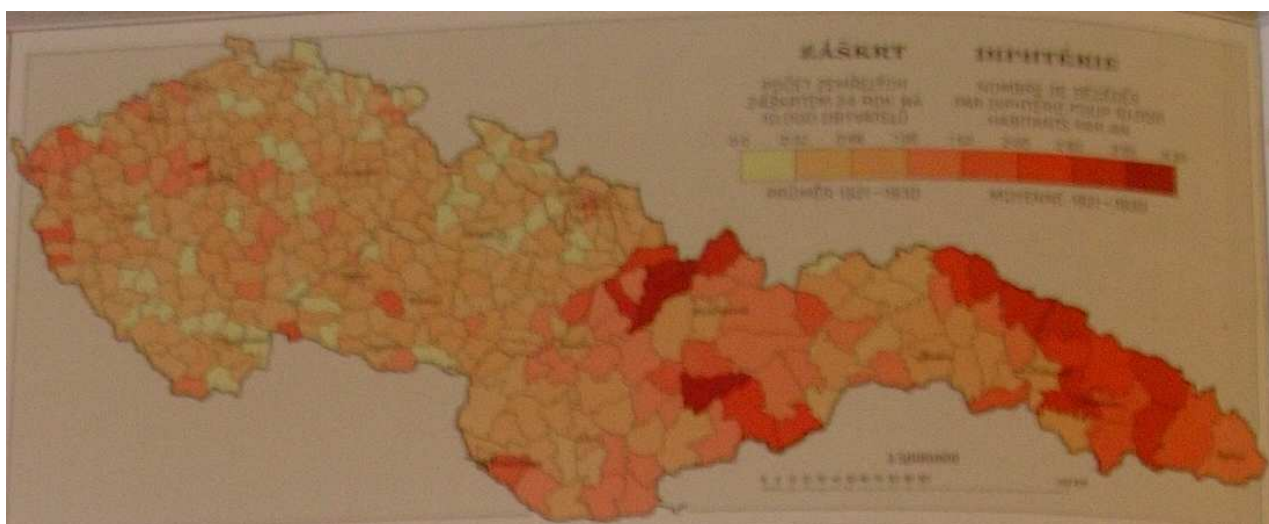
Střevní tyf a paratyf



Zdroj: Atlas republiky československé, Praha 1935.

## Mapa č. 2

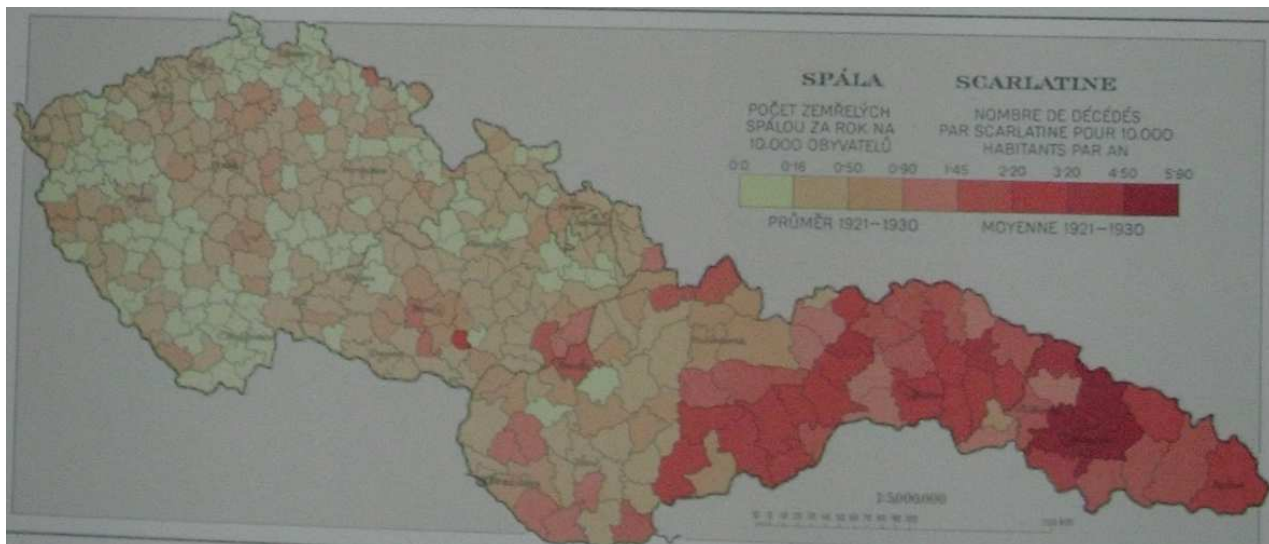
Záškrť



Zdroj: Atlas republiky československé, Praha 1935.

### Mapa č. 3

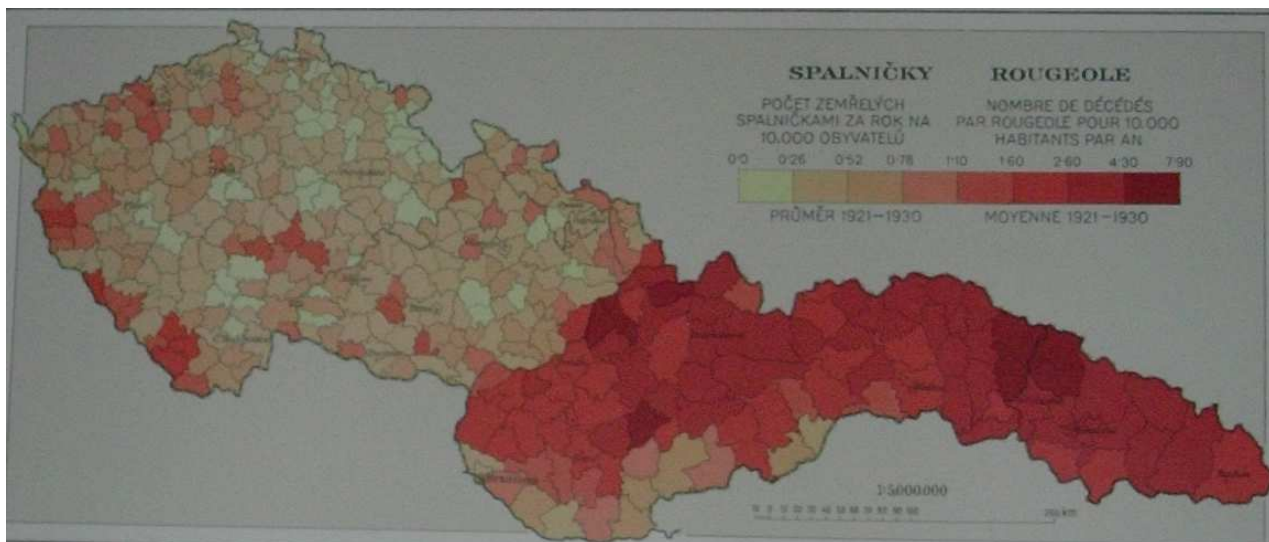
#### Spála



Zdroj: Atlas republiky československé, Praha 1935.

### Mapa č. 4

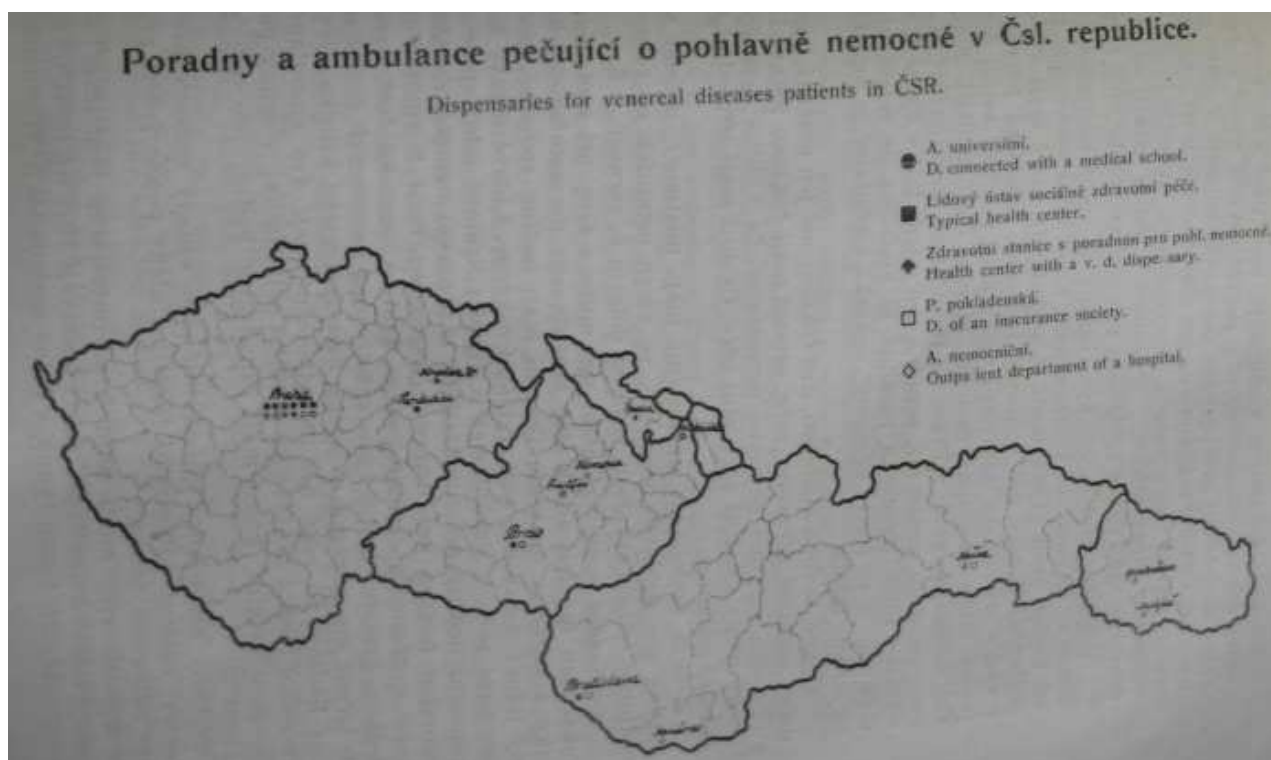
#### Spalničky



Zdroj: Atlas republiky československé, Praha 1935.

## Mapa č. 5

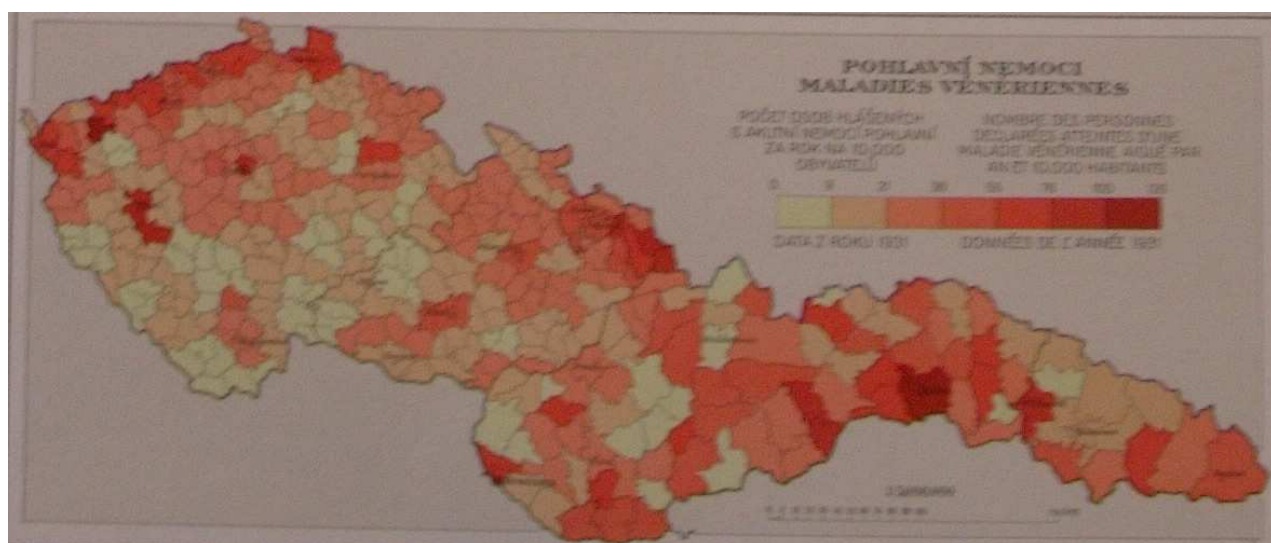
Poradny a ambulance pečující o pohlavně nemocné v ČSR



Zdroj: Pelc, H.: *O pohlavních chorobách v republice Československé, Praha 1923, s. 123.*

## Mapa č. 6

Pohlavní nemoci

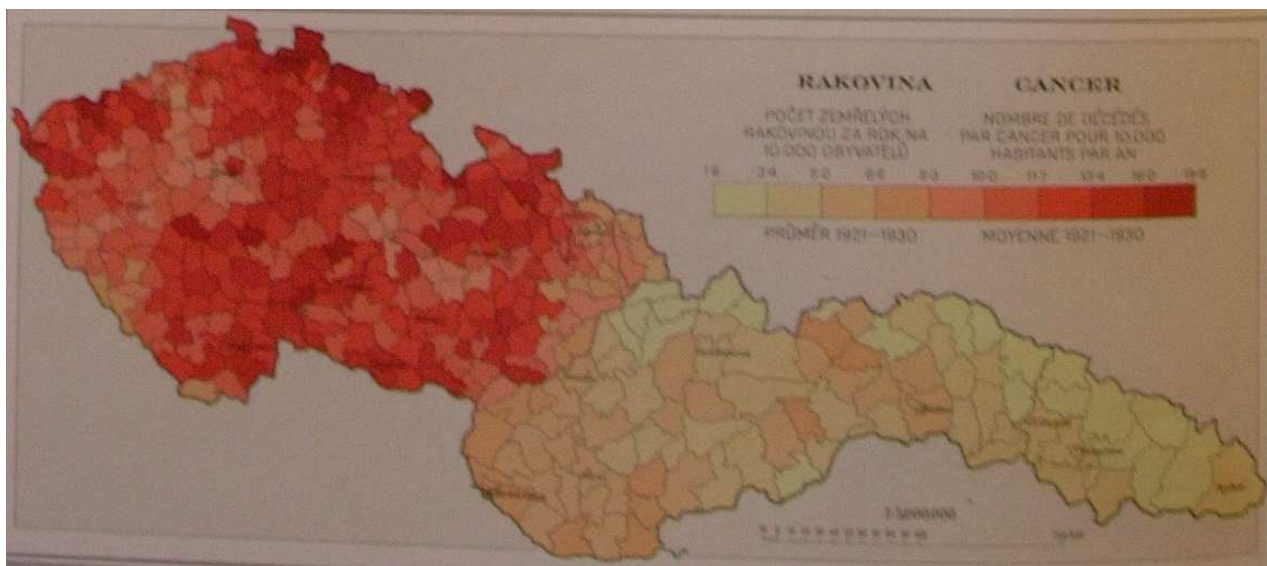


Zdroj: *Atlas republiky československé, Praha 1935.*



## Mapa č. 7

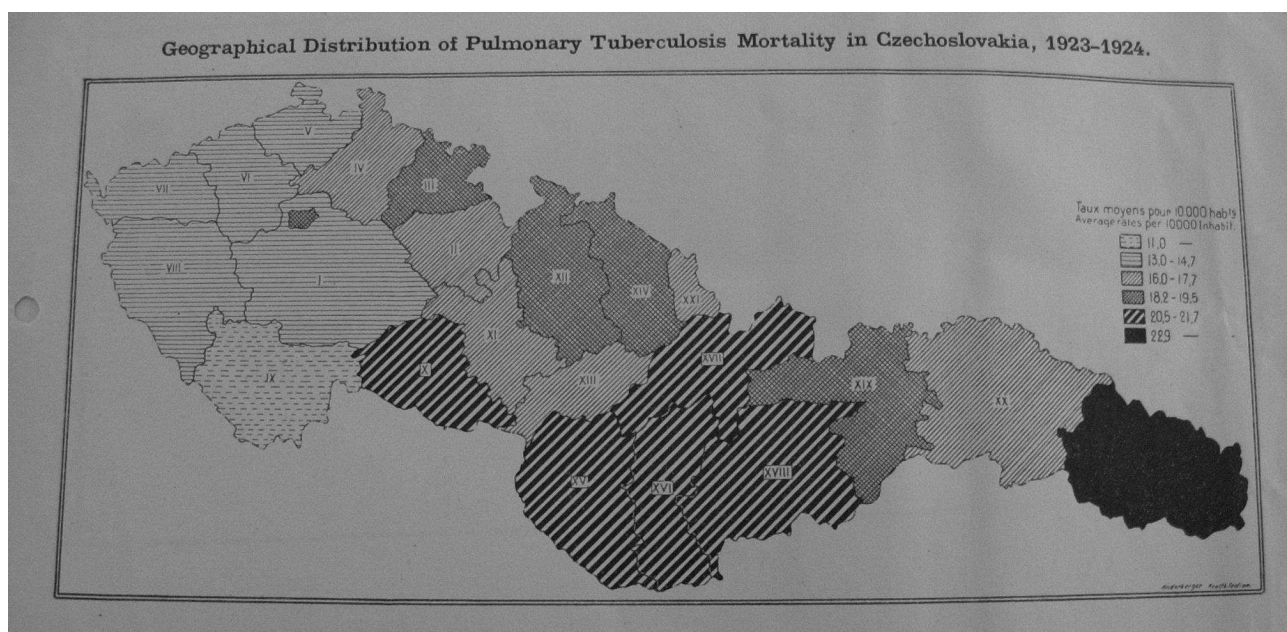
### Rakovina



Zdroj: Atlas republiky československé, Praha 1935.

## Mapa č. 8

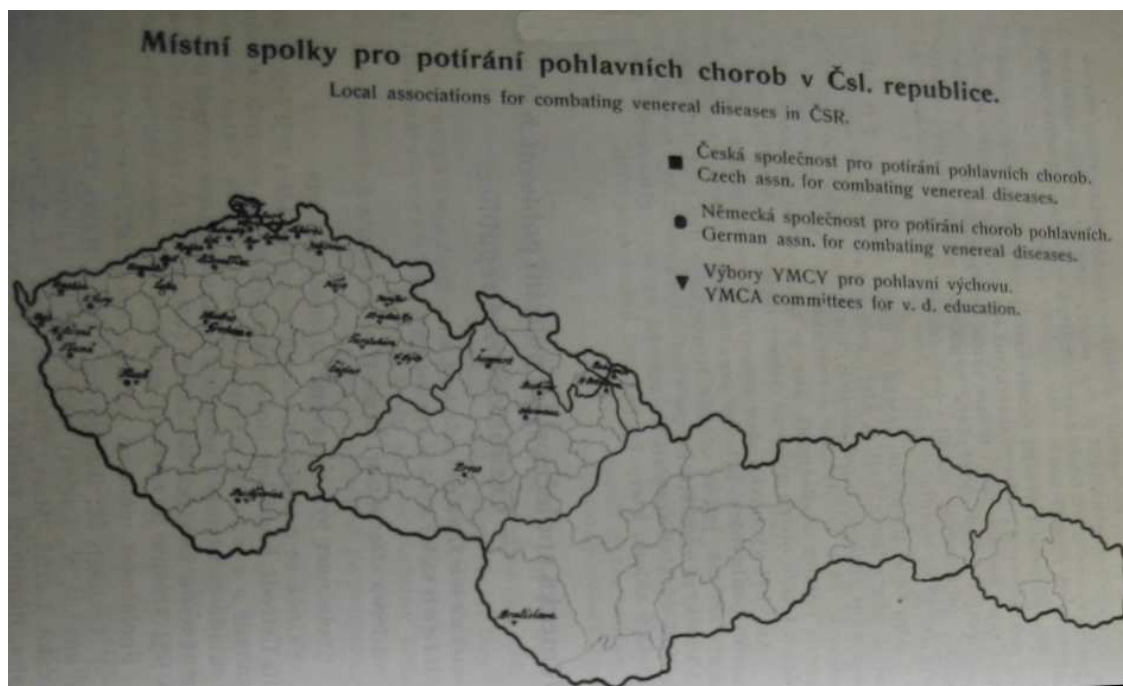
### Úmrtnost na plicní tuberkulózu v ČSR v letech 1923-1924



Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 103.

## Mapa č. 9

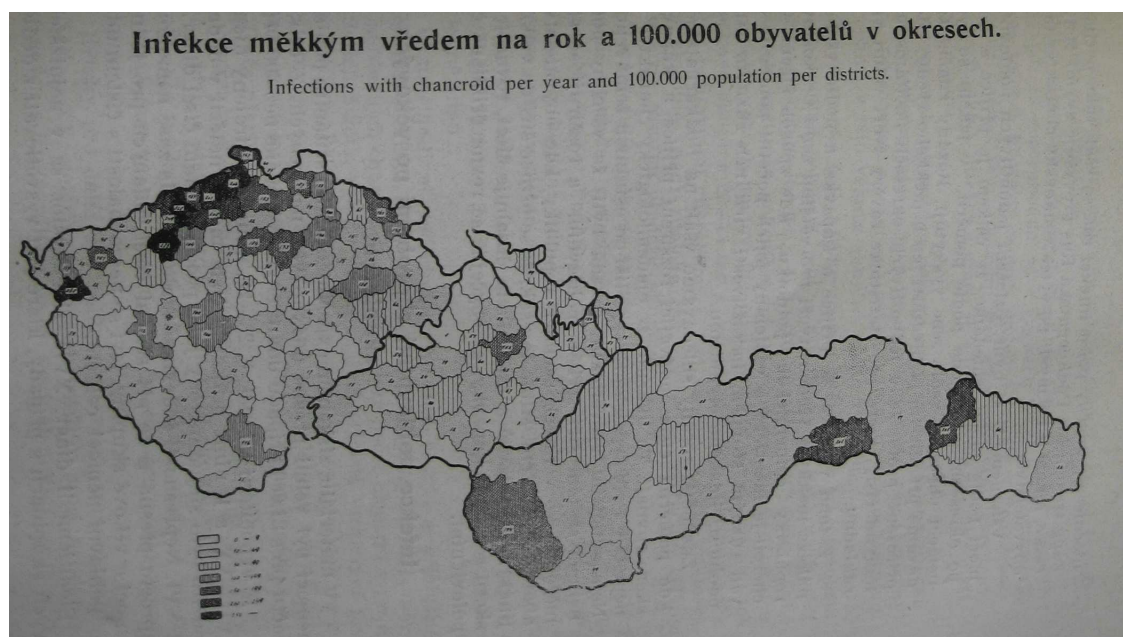
Spolky pro potírání pohlavních chorob v ČSR



Zdroj: Pelc, H.: *O pohlavních chorobách v republice Československé*, Praha 1923, s. 52.

## Mapa č. 10

Měkký vřed

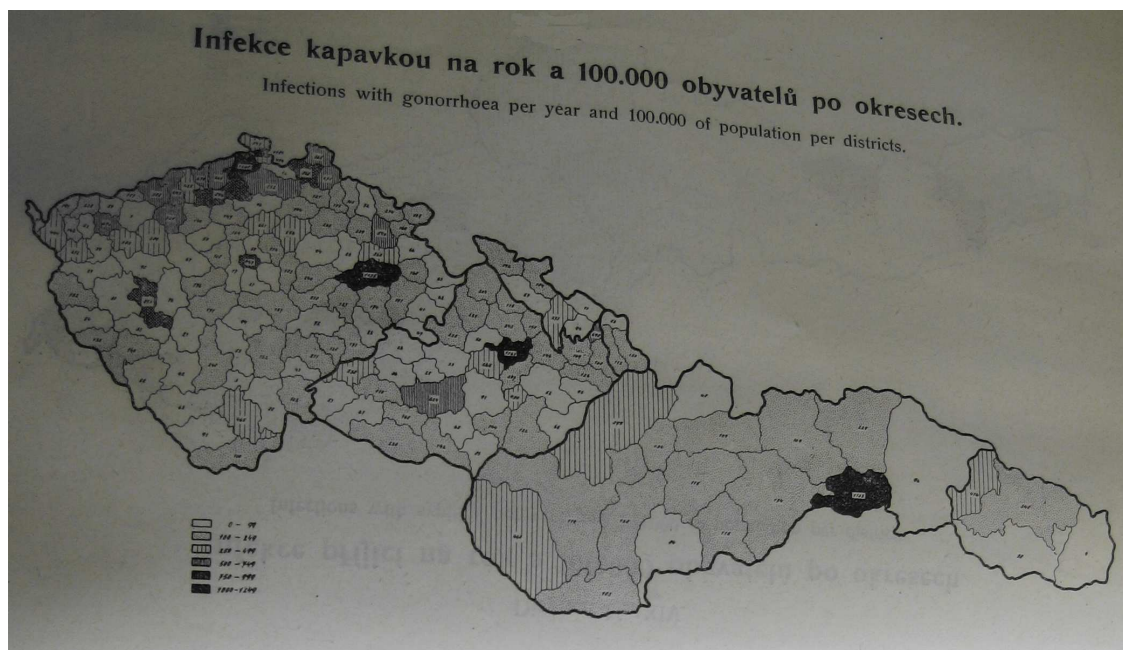


Zdroj: Pelc, H.: *O pohlavních chorobách v republice Československé*, Praha 1923, s. 241.



## Mapa č. 11

### Kapavka



## Propagace správné péče o dítě

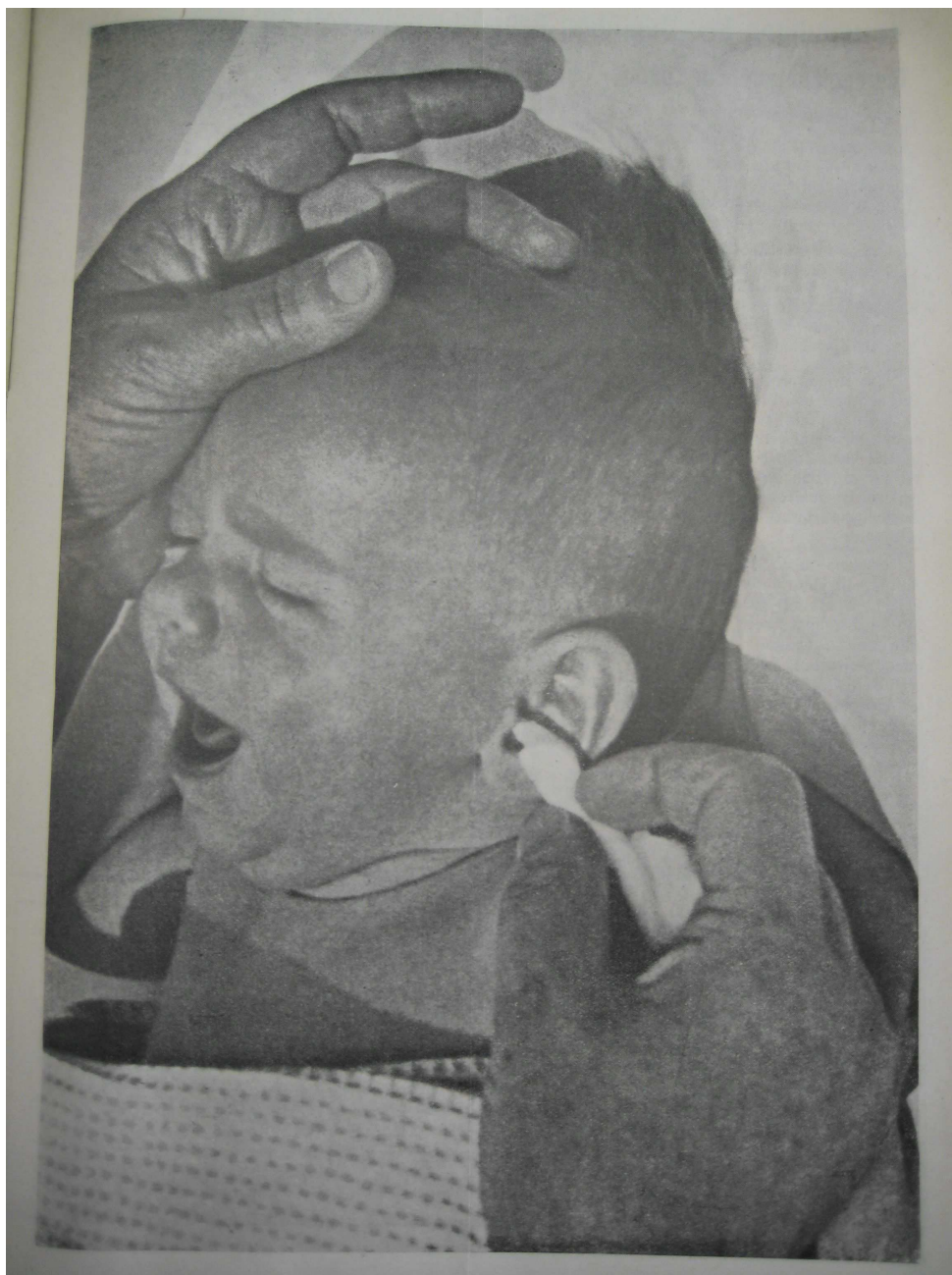
### Stříhání nehtů



*Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 607.*

## Propagace správné péče o dítě

### Čistění uší

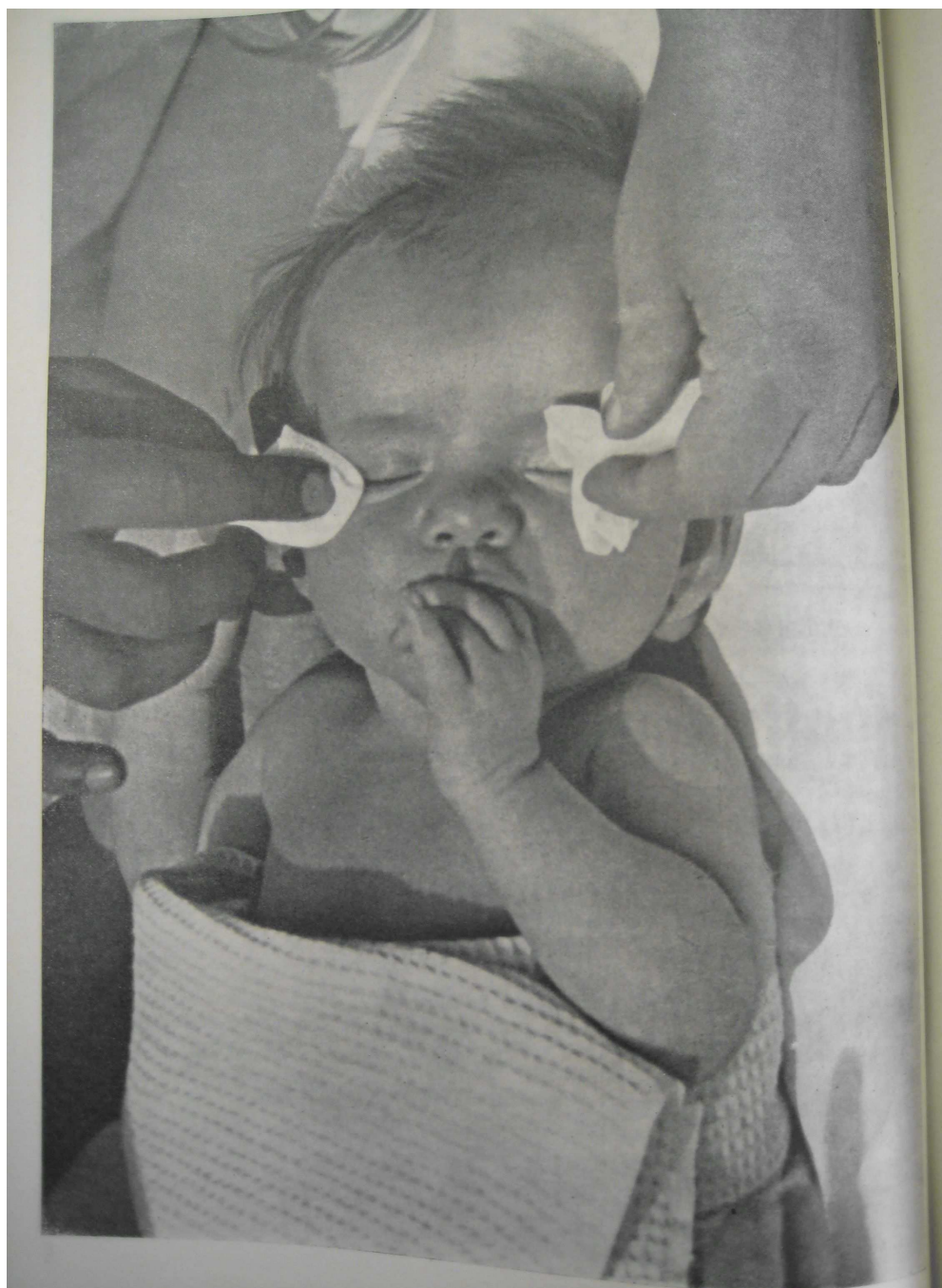


*Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 607.*



## Propagace správné péče o dítě

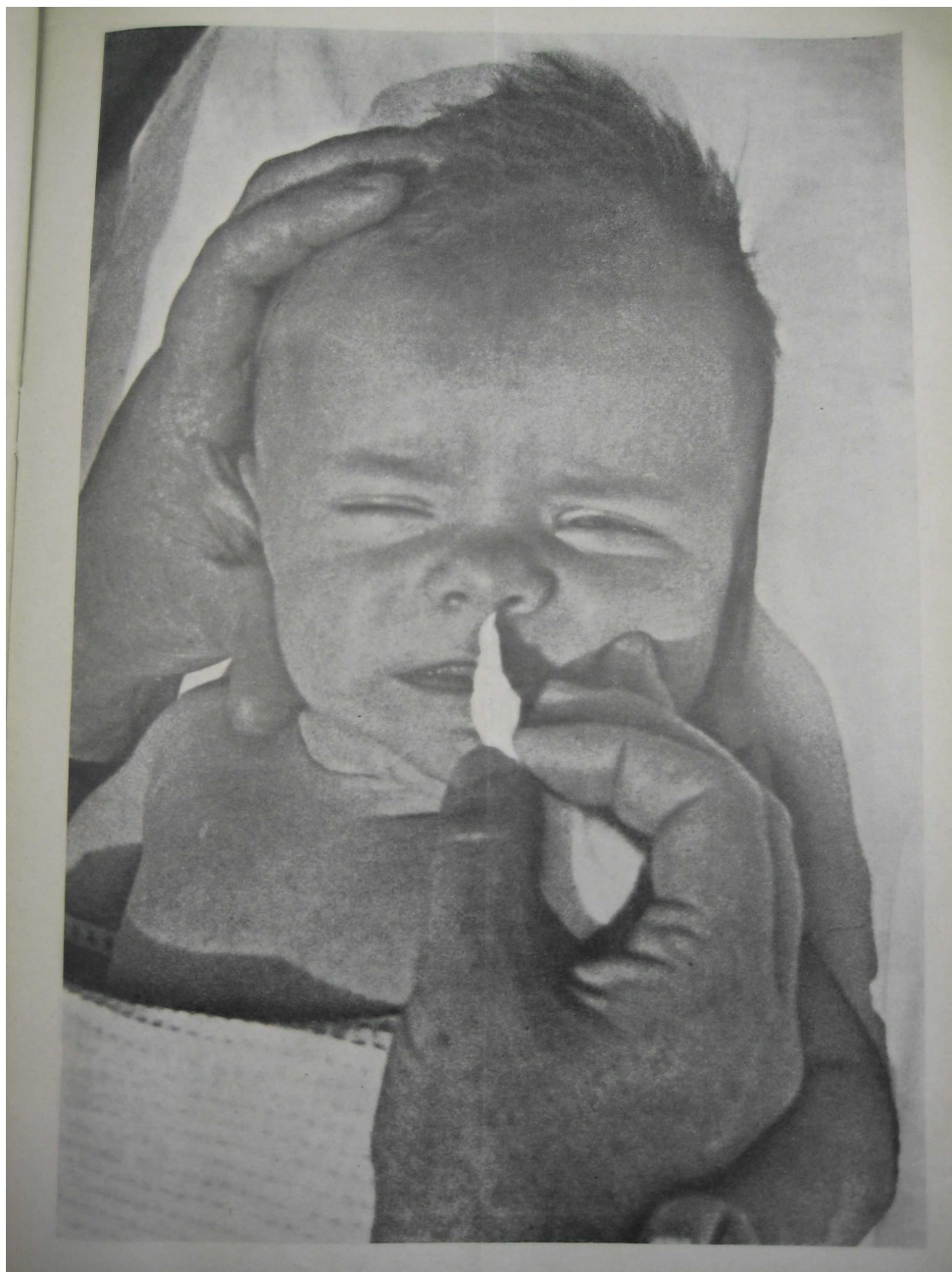
### Čistění očí



*Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 607.*

## Propagace správné péče o dítě

### Čistění nosu



*Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 607.*

## Boj proti rakovině

**BOJ PROTI RAKOVINĚ!**

As patnáct tisíc osob umírá ročně v naší republice na rakovinu. Po čtyřicátém roce věku umírá více lidí rakovinou než tuberkulou.

Mnozí ze zemřelých mohli být zachráněni kdyby se byli dali **LÉČITI ŘÁDNĚ A VČAS!**

**Neboť rakovina je vyléčitelná v počátcích choroby včasnou operací, roentgenovými paprsky neb radiem.**

**RAKOVINU POKROČILOU, ZANEDBANOU VYLÉČITI NELŽE.**

Rakovina může se objevit kdekoli v těle lidském, nejčastěji postihuje tyto ústroje: žlázy prsní, dělohu, žaludek, jícen, střevo (zvláště často konečník), jazyk, rty a kůži obličeje. Objevuje se zejména u lidí mezi 40—60 rokem. Ale ani u mladších není vzácná. Rakovina není dědičná ani nakažlivá, jest však nemoc zákeřná, ježto **vzniká nenápadně.**

**Podezření že běží o rakovinu mohou vzbudit tyto příznaky:**

1. Nebolestivá zatvrdlina v prsu, bezbolestný nádorek neb bezbolestný a nehojící se vřídek v jazyku, ve sliznici ústní, na rtech, v kůži nosu, tváře, víček atd.
2. Častější obtíže žaludeční u lidí starších 40 roků, jako **pocit tlaku v žaludku** (hlavně po jídle), **nechuť k jídlu** a zvláště **odpor k masitým pokrmům; zvracení.**
3. **Ztížené polykání bez bolesti** v krku může znamenati rakovinu jícnu.
4. **Krvavé neb zakrvácené stolice, častější nutkání na stolicí, hlenovité průjmy** zejména střídavě se zácpou, **tvrdší bolest v kříži** bývají u starších lidí prvními příznaky rakoviny střevní. Jest nebezpečno sváděti takové příznaky pouze na haemorrhoidy.
5. **Nepravidelné krvácení u žen, zvláště u těch, které již periody pozbyly; zakrvavený výtok** neb výtok hnisavý a zapáchající z pochvy; takové známky bývají příznaky rakoviny dělohy.

**Při všech jmenovaných příznacích vyhledejte bez prodlení pomoc lékařskou, dříve než nastane úhytek váhy tělesné a uhýváním sil z pokračující choroby!**

**Varujte se šarlatánů a t. zv. přírodních lékařů, tajných a inseráty doporučených léčivých prostředků!**

Ministerstvo pro veřejné zdravotnictví a lidovou výchovu. Československý spolek pro zkoumání a potírání zhoubných novotvarů.

Československý Červený Kříž.

Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 471.



## Boj proti rakovině

**BOJ PROTI RAKOVINĚ.**

ASI PÁTNAŠT TISÍC OSÔB UMIERA ROČNE V NAŠEJ REPUBLIKE NA RAKOVINU. PO ŠTYRIDSIATOM ROKU VEKU UMIERA VIAC ĽUDÍ RAKOVINOU NEŽ TUBERKULOSOU. MNOHÍ ZO ZOMRELÝCH MOHLI SA ZACHRÁNIŤ, KEBY SA BOH DÁLIEČI RIADNE V ČAS!

**LEBO RAKOVINA SA DÁ VYLIEČIŤ NA POČIATKU CHOROBY VČASNOU OPERÁCIOU, ROENTGENOVÝMI PAPERISKY ALEBO RADIOM.**

**RAKOVINU POKROČILÚ, ZANEDBANÚ VYLIEČIŤ NEMOŽNO.**

RAKOVINA MÔŽE SA OBJAVIŤ KDEKOLIEK V TELE ĽUDSKOM, NAJČASTEJŠIE STIA TIEHTO ÚSTROJE: PRSNÉ ŽLAZY, DELOH, ŽALUDOK, HRŤAN, ČREVO (NAJMA KONEČNÍK), JAZYK, PERŤ A KOŽU NA TVÁRI. OBJAVIŤ SA MENOVITE U ĽUDÔCH MEDZI 40-60. ROKOM, ALE ANI U MLADŠÍCH NENI VZÁČNA. RAKOVINA NENI DEDIČNÁ ANI NÁKAŽLIVÁ, JE VŠAK NEMOC ZÁKERNÁ, KTORÁ VZNIKÁ NENÁPADNE.

**PODOZRENIE, ŽE IDE O RAKOVINU, MÔŽU VZBUDIŤ TIEHTO PRÍZNAKY:**

- 1/ NEBOLESTIVÁ ZATVŔDILINA V PRSIACH, BEZBOLESTNÝ NÁDOR ALEBO BEZBOLESTNÝ A NEHOJÁCI NA VRIEDOK V JAZYKU, NA SLÍZNICI ÚSTNEJ, NA PERÁCH, V KOŽI NOSA, TVÁRI, VÍČOK ATĎ.
- 2/ ČASTEJŠIE OBŤAŽNOSTI ŽALUDOCNÉ U ĽUDÍ STARŠÍCH AKO 40. ROČNÝCH, AKO POCIT TLAKU V ŽALUDKU (HLAVNE PO JEDENÍ), NECHUŤ K JEDLU A ZVLÁŠTE ODPOR K MASITÝM POKRMMOM A VRACANIE.
- 3/ ZŤAŽENÉ PREHTÁVANIE BEZ BOLESTI V KRKU MÔŽE ZNAMENÁŤ RAKOVINU HLITANA. HLENOVITÉ PRUJMY, STRIEDAVE NECHUŤ K JEDLU A ZVLÁŠTE ODPOR K MASITÝM POKRMMOM A VRACANIE.
- 4/ KRVAVÉ ALEBO ZAKRVÁCANÉ STOLICE, ČASTEJŠIE DRÁŽDENIE K STOLICI, HLENOVITÉ PRUJMY, STRIEDAVE NECHUŤ K JEDLU A ZVLÁŠTE ODPOR K MASITÝM POKRMMOM A VRACANIE.
- 5/ NEPRÁVIDELNÉ KRVÁCANIE U ŽIEN, ZVLÁŠTE U TÝCH, KTORÉ UŽ PERIODU NEMÁVAJÚ, ZAKRVAVENÝ VÝTOK ALEBO VÝTOK HNÍSAVÝ A ZAPÁCHAJÚCI Z POCHVY, TAKÉTO ZNÁMKY BÝVAJÚ PRÍZNAKOM RAKOVINY DELOHY.

PRI VŠETKÝCH MENOVANÝCH PRÍZNAKÔCH VYHĽADAJTE BEZ MEKANIA LEKÁRSKU POMOC. SKÔR, NEŽ ZAČNETE UBÝVAŤ NA VÁHE TE-  
HLENOVITÉ PRUJMY, STRIEDAVE NECHUŤ K JEDLU A ZVLÁŠTE ODPOR K MASITÝM POKRMMOM A VRACANIE.

MINISTERSTVO VEREJNÉHO ZDRAVOTNICTVA A TELESNEJ VÝCHOVY. — ČESKOSLOVENSKÝ SPOLOK PRE ZKUMANIE  
POTLAČOVANIE ZHUBNÝCH NOVOTVAROV: ČESKOSLOVENSKÝ ČERVENÝ KRÍŽ.

V. KUBERT, ŠKICOV.

### Porodní asistentky!

*Včasným rozpoznáním,  
včasným upozorněním,  
včasným léčením*

*možno předejiti  
těžkým případům rakoviny*

**a zachrániti  
mnoho nemocných**

*od zbytečného utrpení  
a předčasné smrti.*

*Buďte na stráži!!*

**Pomozte lékařům v boji  
proti rakovině!!**

Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 471.

## Propagační plakát protitrachomové akce



Zdroj: Deset let Československé republiky. III., Praha 1928, s. 197.

**Propagační plakát boje proti pohlavním nemocem**



*Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 396.*



## Státní akce proti křivici

Tiskopis C.

MINISTERSTVO VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ  
A TĚLESNÉ VÝCHOVY.

Státní akce proti křivici 1938.



### Milá maminko!

Jednou z nejvážnějších nemocí, která může postihnouti dítě v kojeneckém věku je **křivice** čili měknutí kostí.

Křivice, jež nebyla **včas rozpoznána a léčena**, může vésti ke zkřiveninám nejrůznějších kostí těla a zanechat tak pro život trvalé následky. V tom není však jediné nebezpečí této nemoci. Křivice není totiž pouze nemocí kostí, nýbrž nemocí celého těla a děti stížené křivicí jsou značně méně odolné proti všem jiným nemocem. Katary dýchacích cest, poruchy z nepřiměřené výživy u dětí stížených křivicí probíhají velmi vážně a často přes všechno nejlepší ošetření lékařské smrtelně. Křivice je dále jednou z hlavních příčin kojeneckých křečí, tak zv. psotníku.

Je **proto** Tvoji mateřskou povinností, postarati se nejen o to, abys své dítě dala lékařsky vyšetřit v poradně neb u lékaře v ordinaci, zda není stíženo křivicí, nýbrž také shledá-li lékař, že je dosud zdrávo, abys zachováním několika prostých **pravidel** — jež budou dále uvedena — dítě před touto zhoubnou nemocí chránila.

#### **Křivici lze předejít, jestliže:**

1. Dítě je správně a přiměřeně živeno: pro kojence je nejvhodnější **výživa mateřským mlékem**, kojení a proto bez rady lékaře nikdy dítě nepřikrmuj. Děti, jimž nebylo dopřáno mateřského mléka, je nutno živiti uměle. Tato umělá výživa je pouhou náhražkou kojení a musí proto býti pod stálým dohledem lékaře. **Jediné zkušený lékař** může určit, která potrava a jaké množství je pro každé dítě vhodnou.
2. Je dítě živeno potravou živou s **dostatečným obsahem vitaminů**. Proto u kojenců je nutno doplňovati stravu mléčnou podáváním syrové šťávy z ovoce (citronů, pomerančů nebo z mrkve) po příp. od pátého měsíce škrábanými jablky nebo mrkví a pod. Velmi účinný prostředek k zabránění křivice je dále **podávání vitaminu rozpuštěného v oleji**, který Ti lékařem byl současně odevzdán. Podávej ho proto dítěti **pravidelně jednou denně 5 kapek** do lžičky mléka po dobu tří neděl. Po třech nedělích vynechej podávání vitaminu na dobu 1 týdne, načež znovu podávej 5 kapek denně. Pro některé děti je lépe podávati vitamin ve větších dávkách, ovšem jen za souhlasu lékaře.
3. Dítě je udržováno v čistotě, otužováno **každodenními** vycházkami a vystaveno **denně 2—3 hodiny** blahodárnému účinku **jarního sluníčka**, což mu bude velmi prospěšné.  
Pomáháme Ti uchovat Tvému dítěti zdraví, drž se však našich pokynů.

**Poznámka lékaře pro případ  
zvláštního dávkování:**

STÁTNÍ TISKARNA V PRAZE 540-30

Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 382.

## Očkování proti záškrtu

OBCNÍ ÚŘAD	Dne	1931.
Čís.		
<u>RODIČŮM!</u>		
Zdejší okresní úřad hodlá provést za kontroly Státního zdravotního ústavu v Praze		
<u>OČKOVÁNÍ DĚTÍ PROTI ZÁŠKRTU.</u>		
Očkování mohou býti podrobeny děti od 2 - 14 let. Očkování jest dobrovolné, jest však v zájmu bezpečnosti och- rany zdraví dětí, aby byly pokud možno <u>všechny děti</u> k očková- ní přihlášeny.		
Očkování provádí se tím způsobem, že děti jsou očko- vány celkem třikrát, vždy jednou za tři týdny.		
S očkováním bude započato	1931.	
Očkování provádí se bezplatně.		
Rodičové, kteří chtějí dáti své děti očkovat, se vybízejí, aby přihlásili děti k očkování u příslušné správy školy aneb mateřské školky, kterou děti navštěvují, nejpozdě- ji do 1931 na připojené přihlášce.		

Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 467.

## Propagační akce Československého abstinentního svazu v boji proti požívání alkoholu

### DES ATERO PROTIALKOHOLICKÉ

1. Lihové nápoje jsou jed, který hubí tělesné i duševní síly člověka a snižuje jeho pracovní schopnost.
2. Lihové nápoje nemají výživné hodnoty, která se jim tak často připisuje; vyvolávají jen zdánlivé vzpružení, za nímž jde v zápětí tím větší únava.
3. Lihoviny otupují duševní bystrost, rozvahu a pozornost a zavinují četná neštěstí a úrazy.
4. Pravidelné požívání lihovin vyvolává těžké choroby mozku, žaludku, ledvin, jater, cév a srdce a podporuje vznik jiných nemocí, hlavně tuberkulósy.
5. Pohlavní choroby — vedle tuberkulósy nejhorší metla lidstva — jsou obyčejně získávány v alkoholickém opojení.
6. Pití lihovin vede často k rozvratu charakteru, k zahálce, svárivosti, zločinu a na konec — do vězení nebo do blázince.
7. Při pití promarní se mnoho peněz a času, kterého raději užij k práci, zotavení se a výchově rodiny.
8. Miliardy, vydané za lihoviny, za znovuzřízení majetku opilci zničeného, za léčení nebo vydržování v blázcích a vězeních, stačily by k vysvobození mnoha lidí z bídy a ke zvýšení jejich životní úrovně.
9. Nemírné požívání lihovin mstí se na dětech; děti opilců jsou tělesně zakrnělé a duševně méně cenné.
10. Heslem železničářů budiž: Chci zdravou mysl ve zdravém těle u sebe i svých dětí a proto nesmí ani kapka alkoholu do mé rodiny.

Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 107.



## O plesnovej nákaze mužov v barbirniach.

---

Následkom války rozšířila sa epidemicky plesňová choroba kožná, ktorá ohrožuje zdravie mužov navštevujúcich závody holičské, hlavne tých, ktorí sa tam dávajú holiť.

Nemoc sa začíná takto: vyrazí sa zarudlé svrbiace miesto ako šošovica veľiké, (lebo niekoľko ich) niekde na tvári lebo na krku. Rýchle sa zväčšujúc dosiahne náhlo veľkosť haliera, ba aj bývalého zlatníka. Ale potom pôvodná jeho červená farba býva často zakrytá belavými šupinkami a plochý tvar sa zmení v krúžky.

Keď sa nemoc vhodne lieči, ztráca sa. Ale vždy len po niekoľkých týždňoch. Jestli by bola liečená špatne, začne sa prehlbovať. To sa deje niekedy tiež samo od seba. Napadnutá tvár oteče — časom veľmi hrozivo — a pokrýva sa čítnymi neštovičkami, chrastami a vriedkami. Tým ovšem pacient stáva sa neschopným zastávať svoje povolanie niekedy na mesiace.

Nákazlivou je zvláštna plesnina, ktorá ako každá ina plesnina vo vlhkom prostredí nielen že sa udržuje, ale aj bujneje. Preto je zdrojom nákazy v barbirniach predovšetkým a snáď jedine ručník, ktorým si muž po holení osušuje tvár. Pokiaľ holiči mali ručníkov dosť, pokiaľ ich mohli v mydlovej vode vyvárať a vypierať, nemoci nebolo.

Válkou ztenčil sa počet ručníkov a prikupovať ich nebolo možno. Vyvárať ich a vypierať ich v mydlovej vode bolo väčšine holičov znemožnené pre ohromnú drahotu a tiež pre nedostatok uhlia, plynu a mydla.

Holiči skladajú teda len ručníky užité a až nakazené niektorým onemocnelým hostom a predkladajú ich v tomto stave znova hostom iným.

Chce-li sa teda niekto uchovať neprijemnej a nebezpečnej nákazy tejto, nech si vezme z domu vlastný ručník. Britvy a mydla netreba sa báť. Taktiež nie nástrojov strihacích.

Vlastný ručník je ochranou jedinou. Nezapomínajte ovšem ani, že môže byť aj v domácnosti nebezpečným prameňom nákazy pre ostatných členov rodiny. Nech teda každý nemocný má svoj ručník doma výlučne pre seba. A z opatrnosti nedovolujeme ani, aby si niekto z rodiny položil hlavu na podušky z posteli onemocnelého.

---

**Propagační plakát spolku Péče o zdraví venkova**



*Každoročně byl pořádán týden péče o venkov, který se konal ve znamení boje proti infekčním nemocem. Akce upozorňovala venkovany na důležitost péče o vlastní zdraví a ochranu před nákazou od lidí a zvířat.*

*Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 835.*



## Propagace nových léků a léčebných prostředků



**POSILUJÍCÍ  
A  
SLABÝCH**

# Při tuberkulose

jest výživa to nejdůležitější. Tu jest náš Maltimel na místě.

Působí trojmo:

1. expectorativně, rozpouští hleny, ulehčí odkašlání,
2. sílí tělo svým koncentrem obsahem živin,
3. sílí nervy obsahem glycerophosphatů.

Důkaz:

P. T. Maltimelové závody. Příbram.

Byl mi předán p. primářem drem Tomkou vzorek Vašeho Maltimelu, abych ho vyzkoušel a podal Vám o tom zprávu. Mohu Vám prohlásit, že se zaslaným vzorkem byli jsme úplně spokojeni, jak co do hodnoty obsažených výživ. látek, tak i s úpravou, jež usnadňovala jeho podávání, takže byl dělní neustále požadován.

V Počátkách, 17. února 1925. Dr. Franz.

Maltimel dostanete v lahvích po 7.—, 12.— a 20.— Kč, v krabicích po 6.—, 10.— a 18.— Kč ve všech lék. a drog., aneb přímo u

**Maltimelových závodů, Příbram 4/1.**

Zdroj: Lidové noviny z 15. listopadu 1925, s. 10.

Die Grippe geht um,

schützen Sie sich rechtzeitig und wirksam: Lassen Sie sich mehrmals täglich eine Panflavin-Pastille im Munde vergehen.

Eine bereits ausgebrochene Erkrankung bekämpft man am besten mit den altbewährten Aspirin-Tabletten.

In jedem Falle aber rufen Sie sofort den Arzt!

# GRIPPE

Diese heimtückische Krankheit nimmt gar zu oft einen bösartigen Verlauf; deshalb sollten Sie bei den ersten Anzeichen sofort zu Bett gehen, den Arzt rufen und 1—2 ASPIRIN-Tabletten nehmen. ASPIRIN bricht die Krankheit!

**BAYER**

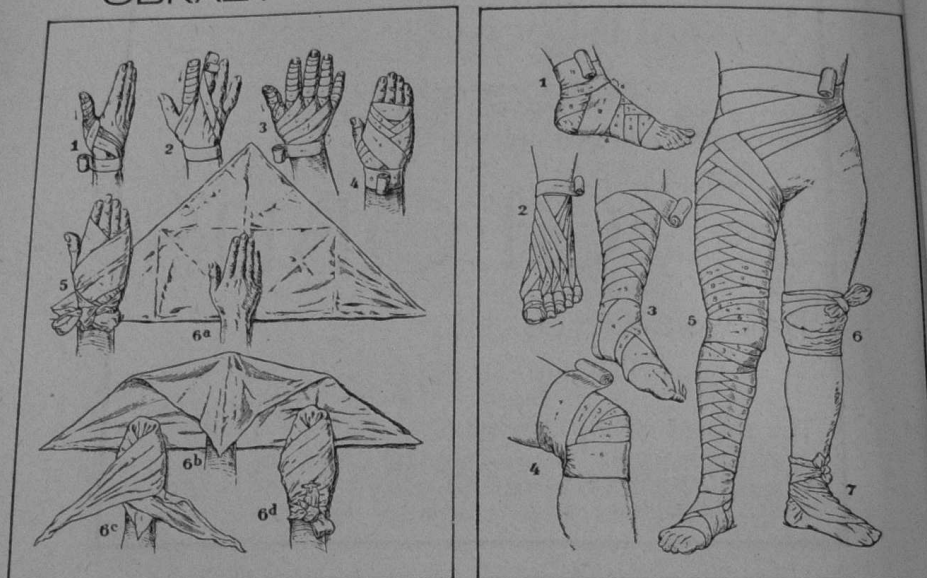
# ASPIRIN

**TABLETTE**

Jede ASPIRIN-Tablette trägt das Bayer-Kreuz

Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 607.

## OBRAZY-JAK PŘIKLÁDATI OBVAZY?



**DOBŘÍ OBVAZ HOJÍ RÁNY —  
ŠPATNÝ MNOHDY RÁNU ZHORŠÍ.**

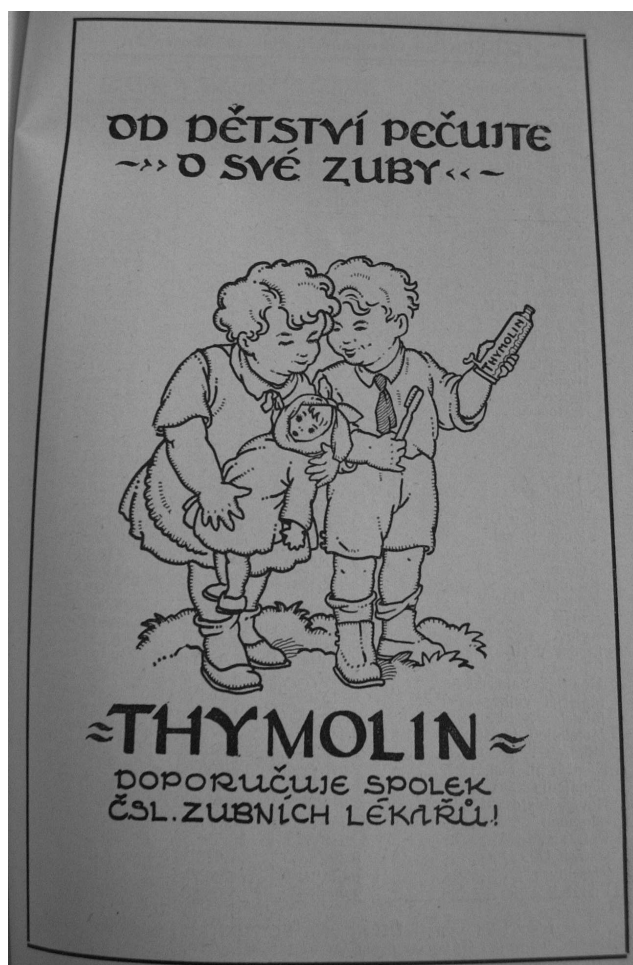
Obvazy tyto jsou nevyhnutelnou pomůckou školám v hodinách tělocviku, hasičským sborům, tělocvičným jednotám, skautům atd. při sanitním výcviku — jsou také vhodnou výzdobou ordin. síní lékařů a nem. pojišťoven.

Dosud vyšly následující obvazy:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. Obvazy prstů a rukou.             | 8. Velký závěs paže pomocí třírohého šátku   |
| 2. Obvazy předloktí a lokte.         | 9. Velký závěs paže pomocí čtyřrohého šátku. |
| 3. Obvazy paží, ramena a hlavy.      | 10. Obvaz na chodidlo, koleno a stehno.      |
| 4. Obvazy hlavy pomocí fáčů.         | 11. Obvaz na stehno a kyčli.                 |
| 5. Obvazy hlavy pomocí šátku.        | 12. Obvazy zlomenin končetin pomocí dláhy.   |
| 6. Obvazy záda a prsou.              |  |
| 7. Obvazy podle Desaueta a Velpeaua. |  |

**Dodává fa JOSEF UNGER,**  
léčebné pomůcky, Děčín nad Labem.

Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 160.



Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 160.

**Největší poklad -  
Vaše zdraví**

**Chraňte je!**

Zdar prospěšné práce závisí na jakosti sil. Zemlený organismus nevyvine dostatečné energie. Pečujte svědomitě o své tělo — budete dobře odměněni.

**Provádějte masáže**  
mentholovou francovkou

**ALPA**

a výsledek Vás jistě překvapí. Masáž Alpou zlepší oběh krve. Vaše svaly otuží, nervy budou opět svěží. Alpa zanechává po kloktání a vyplachování úst příjemný pocit. Alpa zabraňuje nákaze chřipkou. Při rýmě vdechujte vůni Alpy. Revmatikům přináší úlevu.

**Alpa - Váš přítel!**

Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 160.



## Pečujte o zdraví nohou

Navštivte naše oddělení

### péče o nohu

které jest nejmoderněji vybaveno a vyhovuje všem nejpřísnějším požadavkům hygieny. Naši zruční pedikéři a pedikerky jsou odborně vyškolení v naší nemocnici ve Zlíně a pracují pod lékařským dozorem.



Při tomto oddělení prodáváme pro choulostivé nohy a nohy s různými odchylkami zdravotní obuv, kterou vedeme ve 42 šířkách z prvotřídního materiálu. Pomocí orthopedických vložek (pro ploché a pro příčně ploché nohy, rovnošlapy, podpatěnky, vložky do pat, chránítka palcových kloubů, korektory) můžeme obsloužit každou abnormální nohu.

Obouvejte své nohy správnou obuví, která je dokonale :

- 1.) chrání,
- 2.) podporuje klenbu nožní,
- 3.) netísní a nepřekáží funkci nohy,

protože má tvar a rozměry odpovídající tvaru a mírám zdravé nohy.

89.-



Použijte našich dobrých služeb jako desetitisíce spokojených zákazníků, kteří naše oddělení „Péče o nohu“ pravidelně navštěvují.

# Rata

OŠETŘUJTE DENNĚ SVÉ NOHY ! Zaslouží si toho.



## Dotazník k zhoubným nádorům

P. T.

Podepsaná společnost usnesla se založit evidenci nádorových onemocnění v Čsl. republice.

Jest ve spojení se všemi léčebnými fondy, pokladnicemi, klinikami i léčebnými ústavů, takže činnost naše nikterak nekřiví ani netřísť zájmy a akce jinde podnikané.

Chceme, aby nemocní toho druhu byli stále pod lékařskou kontrolou a abyste i Vy byli stále orientováni o stavu Vašich nemocných, trpících nádory.

Proto Vás prosíme, abyste se neobtěžovali event. naše dotazy nám zodpovědět a vyplnit.

**Čs. společnost  
pro výzkum a potírání zhoubných  
nádorů v Praze  
Jedličkův dispensář  
Praha-Podolí (sanatoř).**

**Čs. společnost pro výzkum a potírání zhoubných  
nádorů v Praze.**

Jedličkův dispensář v sanatoriu v Podolí v Praze.

Vedouce v evidenci léčené nemocné s různými nádory, prosíme, abyste nám vyplnili tento dotazník:

Jméno a příjmení:

zaměstnání:

rok a den narození:

Bydliště:

příslušnost:

Onemocnění:

Operován(a)

kdy, kde a jak?

Prozařován:

röntgenem:

radiem:

kdy a kde?

Jak se Vám nyní daří?

Kde se nyní léčíte (po odchodu z .)

Lékařské tajemství bude zachováno.

**Poučení:**

Dotazník vyplňujete ve vlastním zájmu. Chceme jen vědět, jak se Vám daří, potřebujete-li pomoci, rady, či dalšího léčení.

Nikomu se nesdělí Vaše onemocnění. Vaše sdělení jest tajné.

V případě nutnosti se společnost podepsaná bude snažit o to, abyste mohl být dále léčen.

Vyplňte jen ty otázky, které můžete sám zodpovědět.

## Nová hygienická metoda k léčení hemoroidů.

Čistota nebo snaha po čistotě je částí hygieny našeho těla, která přispívá k udržení zdraví. Vedle čistě estetického pojmu, zpravidla smyslovými orgány, známe dnes ještě bakteriologickou čistotu. Je-li se nám na př. ústní dutina sebe čistší, chová přece bakterie, které ji i po nejdůkladnějším očištění znova rychle znečišťují.

V jednom oboru zřídila nám příroda velice snažení o zachování bakteriologické činnosti. Zápasíme denně se slivními bakteriemi. Vždyť serédně choroby zevních a vnitřních hemoroidů byly po století trýzní pro tisíce lidí. Ale pokroky moderní bakteriologické vědy neodhaly nám toliko nebezpečnosti, které může z bakterií vzejít, nýbrž ukázaly nám také v mnoha případech cesty a formy pomoci. Proti slivním bakteriím byl totiž vyroben prohled, který je zbavuje jedovatosti a záněty, způsobené bakteriemi, rychle hojí a polučuje.

Timlo nejúčinnějším prostředkem je »Posterisan«, který je stále víc a více uznáván jako specifikum proti hemoroidům. Lékaři ho uplatňují a předepisují nejrozličnějším způsobem. Toto uplatnění je čistě lékařská léčebná metoda. Úkolem hygieny není však nemoc léčit, nýbrž jejímu propuknutí zabránit nebo ji zmírnit, čehož lze dosáhnout novou hygienickou metodou čistoty a čistoty. Kdo je náchylný k hemoroidovým mšlám, použije co nejčastěji této nové metody, aby tak chorobě zabránil.

Doněvadž vlastně každý, kdo pěstuje tělesnou kulturu, má o tyto věci zájem, podáme stručný výklad a poučení o tom, co jsou to slivní bakterie, jak mohou nám uškodit, a jak můžeme poruchy jimi vyvolané odstranit a jim zabránit.

Bakterie, vyskytující se v obsahu našich sliv, náležejí ke skupině, kterou označujeme latinským slovem »bakterium coli«, český prosl »bakterium ilustého sliva«. Jsou to jemné tyčinky, které možno poznati jen za silného mikroskopického zvětšení, a které mají vlastnost, že se mohou čile pohybovat. V tomto ohledu se zdá, že je jistá přibuznost mezi nimi a bakteriemi tyfové skupiny. Kdežto však tyto jsou považovány za choroboplodné bakterie, poněvadž jsou příčinou tyfu a tyfových nemocí, nelze slivní bakterie, odrůdy bakterie coli, pokládati za choroboplodné bakterie. Člověku hrozí však vždy veliké nebezpečí, že slivní bakterie proniknou tenoučkou a jemnou slivní slénou a vniknou do sliv a lkání, které jsou jinak u zdravého člověka úplně prosly bakterií.

Zřídlem nekonečných strastí a útrap je zjev, že v nejdolejších oddílech sliva a na jeho vývodu mohou povstati záněty, které rovněž mají za následek proniknutí bakterií slivní slénou. Běží zde o velikou skupinu hemoroidových chorob.

Při vzniku hemoroidů má veliký význam náchylnost a složení těla, jeho konstituce. Je mnoho lidí, kteří trpí od mládí hemoroidy. Tato tak zvaná náchylnost záleží především v rozložení krevních cév v dolejších oddílech sliva. Krev počne váznouti. To nezpůsobuje ještě obliži. Pohli-li však bakterie do sebe jedy, dostaví se opravdový zánět, který konečně vede k tomu, že bakterie proniknou slénou. Objeví se bolesti a krvácení a konečně hrozí nebezpečí hnisání a opouzdření hnisu.

Toťto zřídlo útrap zanikne, uplatní-li se specifické prohled »Posterisan«. Rázem dostaví se tendence k vyhojení, zlo se odvrátí. Většina nemocných dopouští se chyby, že přestanou používat »Posterisanu«, jakmile vymizely bolesti a krvácení. To je ze základu chybné. Úplné vyléčení, i zničení bakterií již proniknuvších a často předběžně v těle se udrževších, se dostaví, je-li »Posterisan« uplatňován delší dobu. Kdo je náchylný k hemoroidům, musí dbátí toho, aby při prvních příznacích ihned po několika dni užíval »Posterisanu« a zabránil tak chorobě.

Vzhledem k tomu, že náchylnost ke vzniku hemoroidů je velmi rozšířena — přední autority odhadují, že třetina všech lidí má tuto náchylnost — náleží k novodobé hygieně a novodobé péči o tělo, aby byl »Posterisan« v toaletě a v koupelně každého řádného domu pohotov.

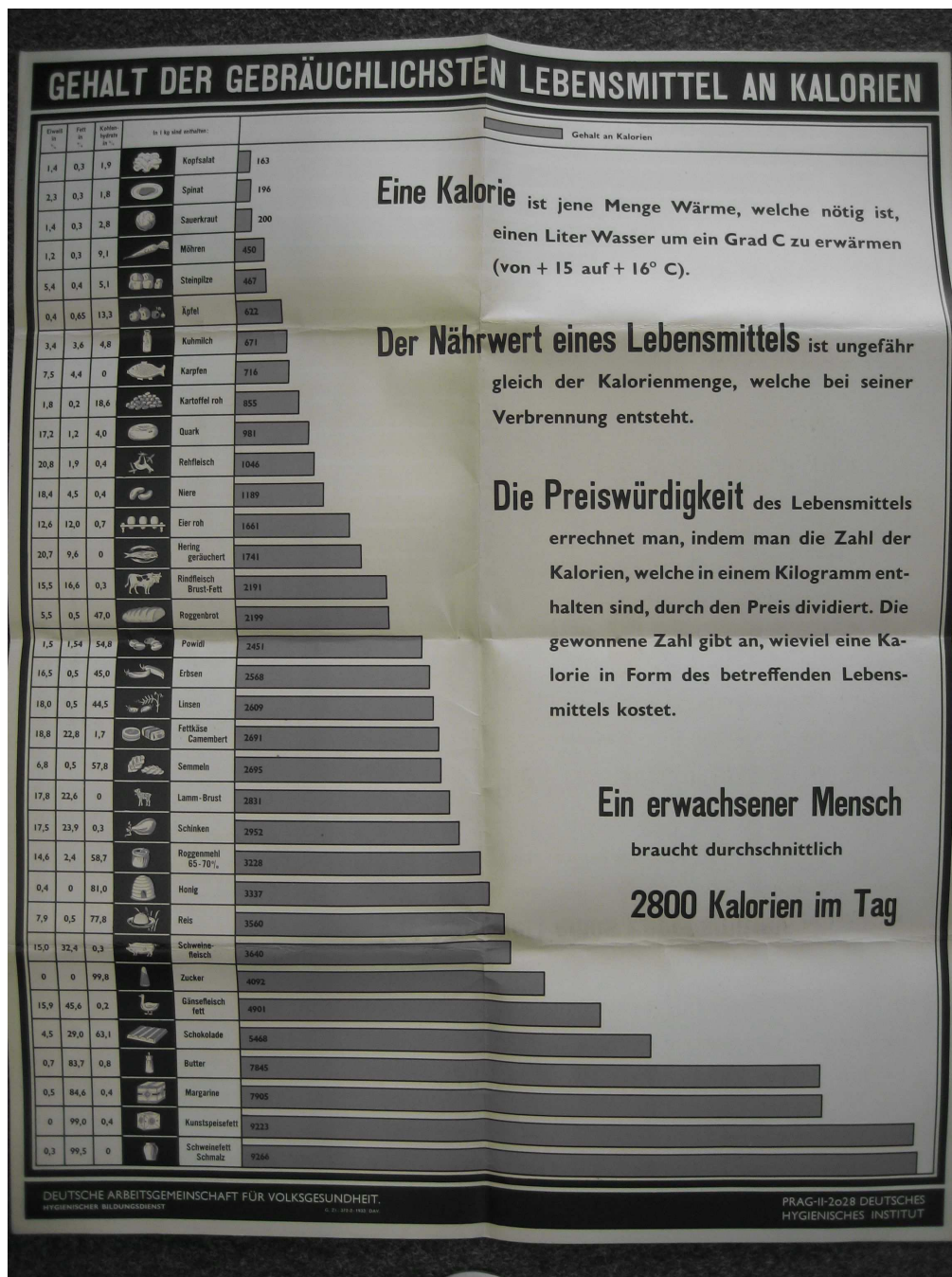
»Uštěchlější je nemocem zabraňováno, než je léčeno« — učil starověký filosof.

4444-pro

Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 336.

Zdroj: Lidové noviny z 8. listopadu 1925, s. 5.

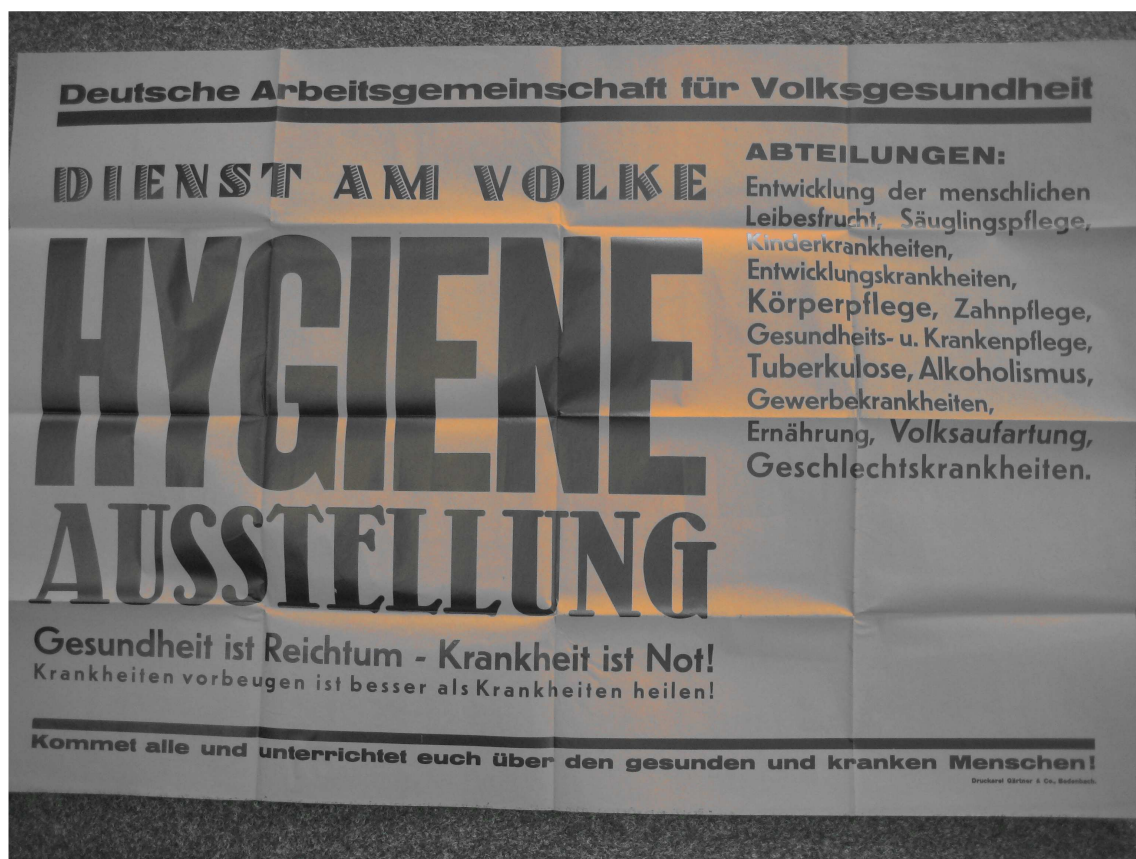
## Propagace správné výživy



Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 607.

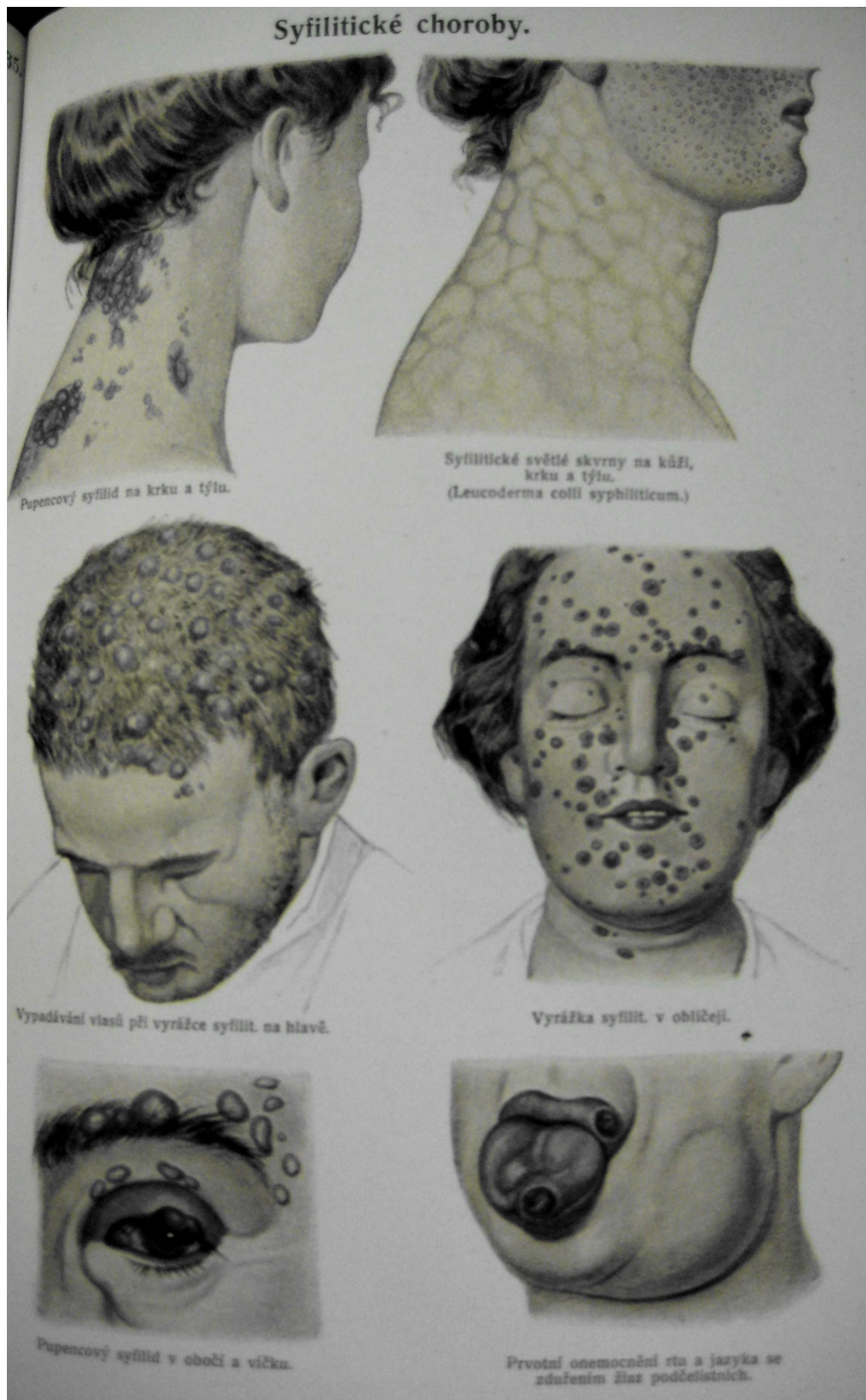


## Výstava na téma HYGIENA



*Zdroj: NA Praha, fond MZd, karton č. 607.*

## Příznaky pohlavních chorob





# Choroby syfilitické.

Tabulka



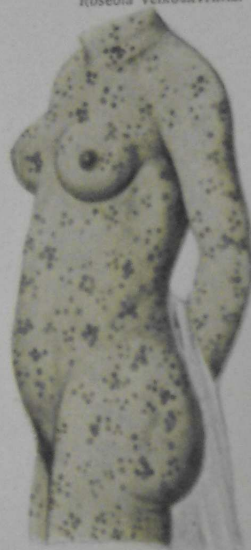
Roseola velkoskvřitá.



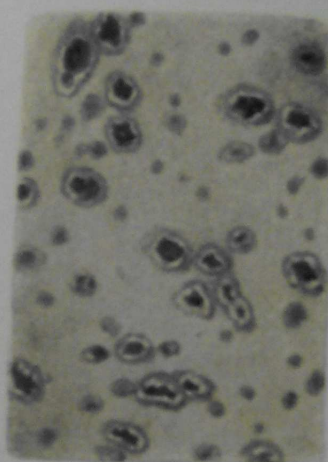
Gummata s tvořením  
příkvarů mušlovitých.



Syfilitické vředy na ploše  
nohy.



Syfilitická vyrážka po celém těle.



Syfilid velkopupencový podobný  
lišej lupin.



Mozolovité  
červenohvědé uzly syf.  
na dlaní.



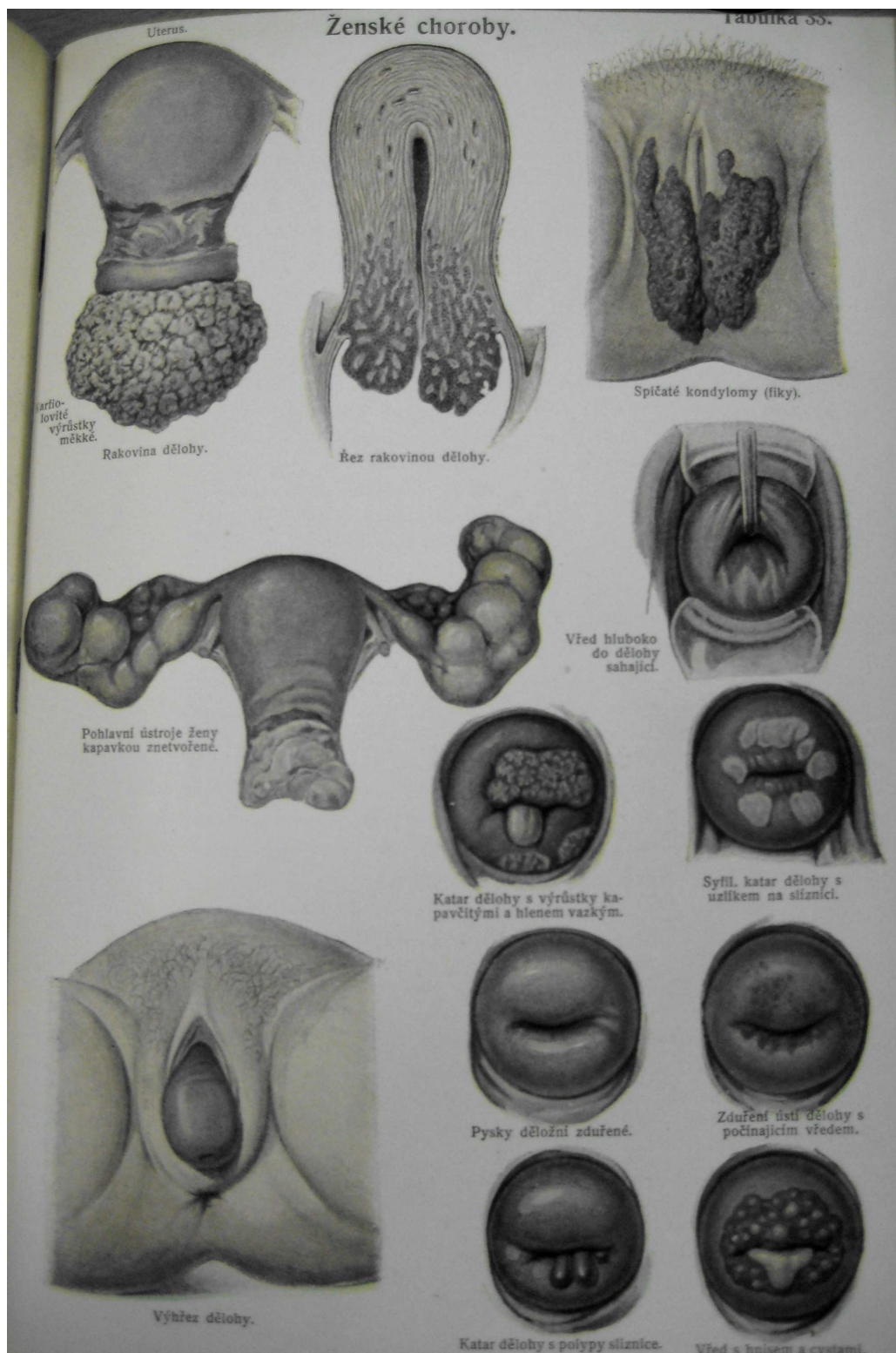
Lišej syfilitický (psoriasis syph.).



Syfilitické honbovitě výrůstky  
na hlavě mezi vlasy.



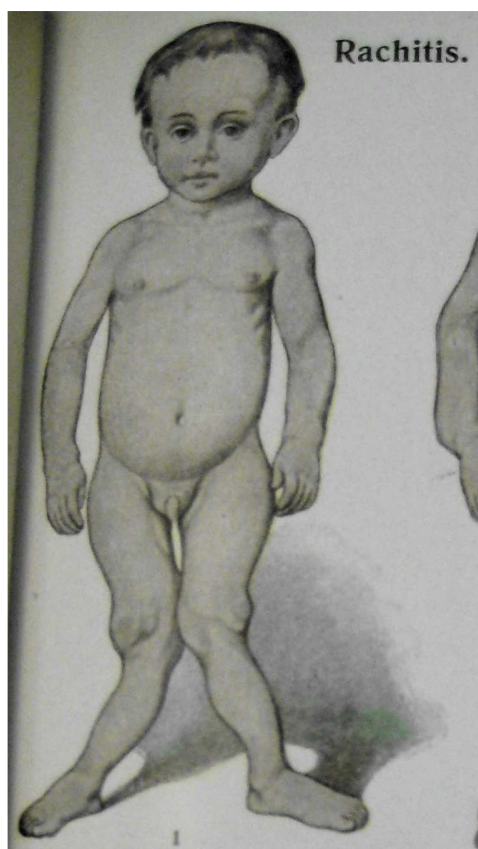
Syfilitický zánět nehtu  
(Onychia syph.).



Zdroj: Šimsa, J. a kol.: *Přírodní léčba a domácí lékař. I. Praha 1923.*

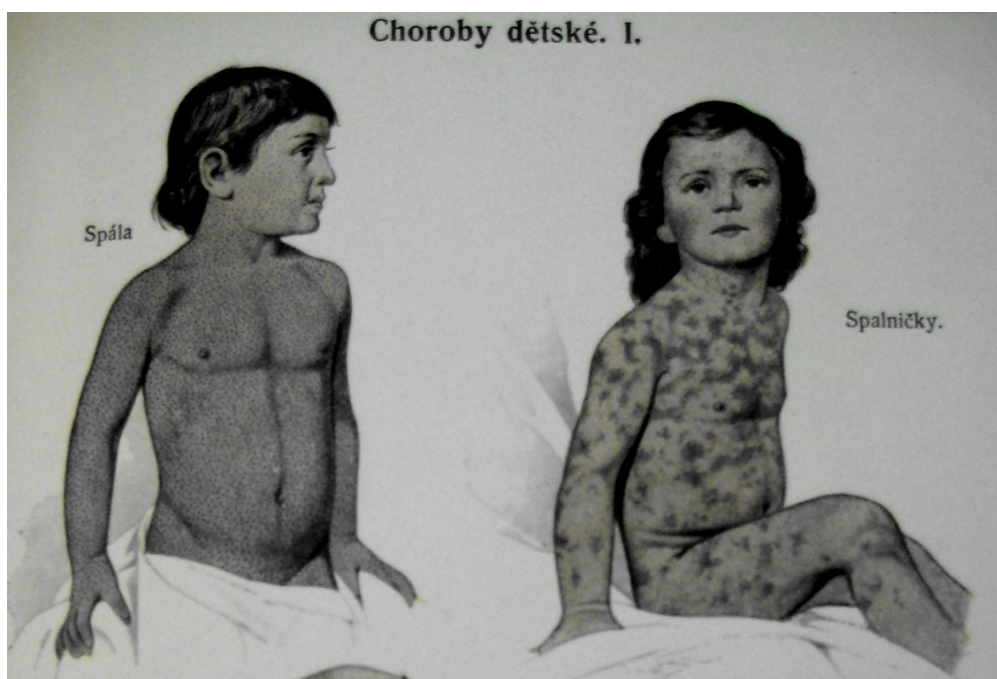


## Křivice



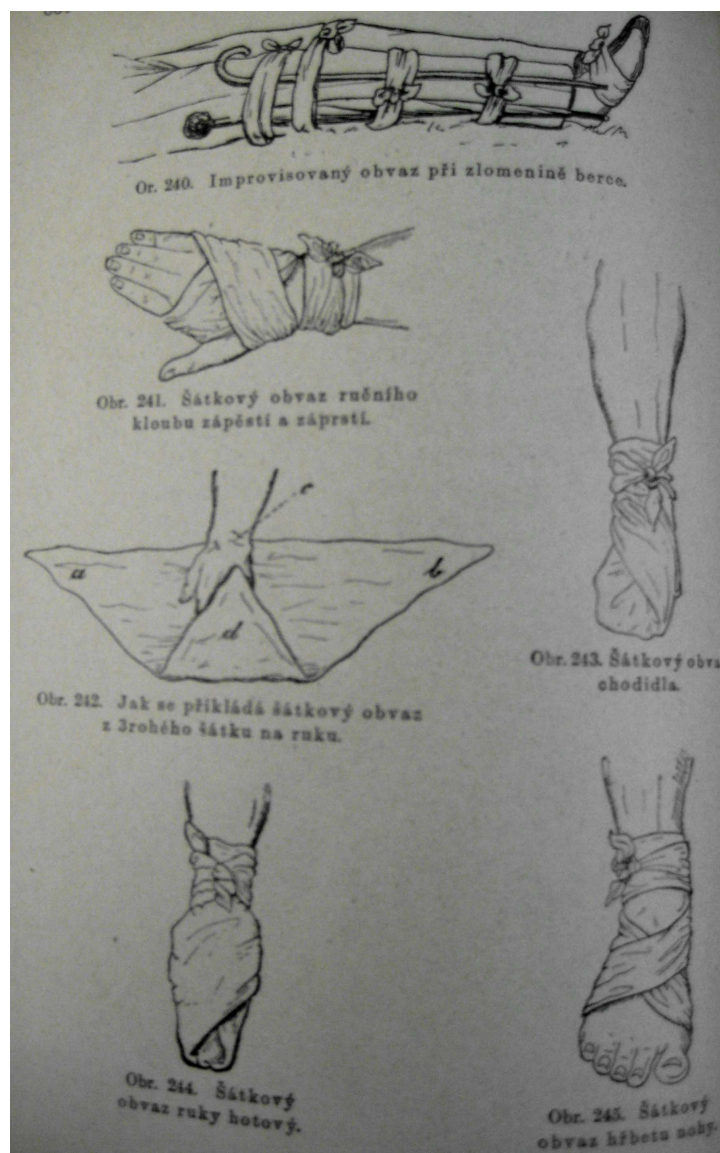
*Zdroj: Šimsa, J. a kol.: Přírodní léčba a domácí lékař. II. Praha 1923.*

## Spála a spalničky



*Zdroj: Šimsa, J. a kol.: Přírodní léčba a domácí lékař. I. Praha 1923.*

## Příklady správného poskytnutí první pomoci



Zdroj: Šimsa, J. a kol.: *Přírodní léčba a domácí lékař. II.* Praha 1923.

## Ukázka nesprávné a správné polohy při kojení



Zdroj: Šimsa, J. a kol.: *Přírodní léčba a domácí lékař. I. Praha 1923.*